

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Mãe Maria Teresa, Paraná/ RN**

Osmani Yoandris Ortiz Guerra

Pelotas, 2015

Osmani Yoandris Ortiz Guerra

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Mãe Maria Teresa, Paraná/ RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2015

G934m Guerra, Osmani Yoandris Ortíz

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Mãe Maria Teresa, Paraná/RN / Osmani Yoandris Ortíz Guerra; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

118 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais pelo apoio incondicional na realização de meus sonhos, a meu filho Luis Enrique fonte inesgotável de inspiração em minha vida, a toda minha família, e aos doentes que procuram no médico alívio a seu sofrimento.

Agradecimentos

A Deus, por me proporcionar as oportunidades.

A meus professores por me instruir na solidariedade.

Ao Brasil, pelo Programa Mais Médicos.

Aos orientadores do curso de Especialização em Saúde da Família, pelo apoio brindado.

A minha Equipe de Saúde da Família.

A todos os que contribuíram de alguma forma para que fora possível a culminação da intervenção.

E especialmente, a minha esposa, pelo apoio durante as horas de estudo.

Obrigado.

Resumo

GUERRA, Osmani Yoandris Ortiz. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Mãe Maria Teresa, Paraná/ RN.** 2015. 118p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus associam-se frequentemente e são doenças com incidência crescente no mundo, e acarretam morbimortalidade secundária produto de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A Unidade de Saúde da Família Mãe Maria Tereza tinha cadastrados, sem acompanhamento regular, 206 (62,4%) e 33 (40,7%) usuários hipertensos e diabéticos respectivamente e uma estimativa de 330 hipertensos e 81 diabéticos, refletindo uma quantidade significativa de usuários não cadastrados e problemas na qualidade do atendimento. O objetivo geral proposto foi melhorar a atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde Mãe Maria Teresa no município Paraná/RN. A intervenção foi desenvolvida por uma Equipe de Saúde da Família numa unidade com uma população de 2167 usuários abrangendo uma área rural. Durante a intervenção, com duração de 12 semanas, foram cadastrados e acompanhados 137 (41,5%) hipertensos e 22 (27,2%) diabéticos. Foi alcançada a meta de 100% para os indicadores de qualidade: hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, usuários faltosos com busca ativa, usuários com registro adequado, estratificação do risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco de tabagismo e higiene bucal. Foram melhorados o engajamento público e a qualidade da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes. A ação programática trouxe benefícios para população alvo pelo enfoque de risco, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações da hipertensão e o diabetes. O serviço foi organizado e estabeleceu-se uma rotina de trabalho e atendimento regular aos hipertensos e diabéticos conforme estabelecem os protocolos do Ministério da Saúde. A Equipe de Saúde da Família fortaleceu o trabalho em equipe e foi qualificada a prática clínica dos profissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de hipertensos cadastrados na USF Mãe Maria Tereza – Paraná-RN, 2015.	85
Figura 2	Gráfico de proporção de diabéticos cadastrados na USF Mãe Maria Tereza– Paraná-RN, 2015.	86
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Mãe Maria Teresa. Paraná-RN- 2015.	88
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Mãe Maria Teresa. Paraná-RN – 2015.	89
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Mãe Maria Tereza. Paraná-RN – 2015.	90
Figura 6	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Mãe Maria Tereza, Paraná-RN - 2015.	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia da Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 - Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	63
2.3.3 Logística.....	71
2.3.4 Cronograma.....	77
3 RelatórioV da Intervenção	78
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	78
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	82
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	82
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	83
4 Avaliação da intervenção.....	84
4.1 Resultados	84
4.2 Discussão.....	97
4.3 Relatório da intervenção para gestores	99
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	101
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	103
Referências	104
Apêndices.....	105
Anexos	114

Apresentação

O conteúdo do presente volume aborda o TCC apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade EaD. Trata-se de uma intervenção no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na USF Mãe Maria Teresa no município Paraná/RN, numa área rural, com uma ESF que atende uma população de 2167 usuários.

O volume está dividido em sete capítulos. O primeiro capítulo aborda a situação inicial da USF/APS descrevendo as características da USF, ESF, população, desenvolvimento das ações programáticas na USF, demanda espontânea e engajamento público, e faz um paralelo entre a situação inicial e a análise situacional da USF.

O segundo capítulo mostra a motivação e justificativa a intervenção na ação programática, define os objetivos e metas, mostra o detalhamento das ações por objetivo e metas nos quatro eixos do curso, como também detalha a logística para desenvolver as ações.

No capítulo três é apresentado o relatório da intervenção abordando as ações desenvolvidas e não desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados assim como a viabilidade de continuar com as ações na rotina na USF.

O capítulo quatro aborda os resultados da intervenção enfatizando os aspectos qualitativos e quantitativos: reflete as facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações, apresenta os gráficos dos indicadores, a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para comunidade enfatizando nos resultados positivos e como podem ser melhorados. Finalmente no capítulo 5 são apresentadas as reflexões sobre o processo de aprendizagem durante o curso e na intervenção comparando as expectativas iniciais com os resultados alcançados e o impacto na comunidade e a equipe.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde da Família (USF) localiza-se na zona rural Caiçara, no município Paraná, estado Rio Grande do Norte e tem cadastrados 2167 usuários. Neste município há uma população perto de 4000 habitantes com duas USF em funcionamento. A Equipe de saúde da Família (ESF) está composta por um médico, enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A USF encontra-se em um local adaptado em espera da terminação do projeto de reforma da antiga unidade. Neste local existe uma pequena recepção, sala de enfermagem, consultório do médico, sala de curativos e laboratório clínico que funciona somente duas vezes na semana. O serviço de odontologia encontra-se localizado a 6 km da USF por falta de espaço.

Desde o início do Programa Mais Médico, tenta-se mudar o sistema de atendimento baseado na medicina curativa que diminui a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e os resultados comprovados na prática da medicina preventiva. Os gestores devem ser envolvidos neste processo de mudanças. Em nosso município não tem sido assumida a nova proposta de APS pelo gestor de saúde o que deverá ir mudando progressivamente. A reunião da equipe é realizada semanalmente para o planejamento das atividades da USF e desenvolvemos atividades de capacitação da equipe.

A equipe está enfocando-se na nova perspectiva de trabalho na APS para melhorar a atenção à comunidade, procurando motiva-los e envolve-los neste processo tão importante, desenvolvendo atividades de atenção pré-natal, puericultura e do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Neste

momento são acompanhadas integralmente 20 gestantes e é prestada especial atenção ao puerpério e recém-nascidos. O principal problema na atenção pré-natal é a demora na realização de exames. Neste município não há pediatra nem ginecologista no NASF.

Esta população caracteriza-se por o nível cultural baixo e renda baixa (muitas famílias dependem dos recursos do Programa Bolsa Família). Os atendimentos de serviços especializados são realizados mediante convênios com o setor privado. Entre os fatores de risco observados são encontrados o alcoolismo e o consumo excessivo de sal e gorduras favorecendo uma alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Predominam também as infecções diarreicas agudas e respiratórias.

O Programa de prevenção do câncer do colo do útero e de mama não é desenvolvido 100% e precisa de um trabalho continuado e mais abrangente. Dentro da população alvo que assiste à realização do papanicolau existe tendência à realização anual entanto um grupo grande de mulheres não é pesquisado por problemas culturais e desconhecimento da importância da pesquisa. O Programa de atenção ao câncer do colo do útero e mama precisa cadastrar toda a população alvo, maior divulgação e da realização de ações de promoção em saúde.

As visitas domiciliares são de grande impacto e aceitação pela população. Priorizam-se os grupos vulneráveis como usuários acamados, incapacitados, idosos, puérperas, grávidas e os recém-nascidos.

Existe concorrência a USF de usuários alheios a nossa área de abrangência, o que incrementa a demanda espontânea e faz difícil o planejamento. A definição do território com uma população adstrita é de vital importância para alcançar uma atuação integral, continuada e garantir a acessibilidade e adesão da população, mas não está bem estabelecido neste município. O desemprego faz que as pessoas migrem e não morem de forma estável, fazendo impossível o acompanhamento de 100 % da população. Ainda não está cadastrada toda a nossa população.

A carência de medicamentos é também o problema significativo, não tendo na USF os grupos farmacológicos mais usados na prática. Existem dificuldades para realizar os exames, os quais são demorados devido ao funcionamento irregular do laboratório clínico sendo necessário o deslocamento dos usuários para outros municípios demandando de transporte para este fim.

Ao encaminhar por quadros agudos ao hospital regional, em ocasiões os usuários são retornados para a área de abrangência sem avaliação adequada impedindo dar a devida continuidade ao atendimento dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), como também não recebemos contrarreferências.

A APS, com a estratégia de ESF, resolve mais de 80% dos problemas de saúde da população. As atividades de promoção, prevenção e acompanhamento do pré-natal, puericultura e das doenças crônicas têm impacto na morbidade e mortalidade. Há muito por fazer, e sem dúvidas será atingido o propósito de uma melhor atenção pela ESF a nossa população. O primeiro passo é organizar a USF e concertar as estratégias de trabalho. É importante acolher a demanda espontânea da população como também planejar ações com a participação comunitária e desenvolver as ações programáticas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Paraná, localiza-se no estado Rio Grande do Norte com uma população de 3899 usuários segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Tem duas USF com duas ESF, o NASF constituído por o psicólogo, assistente social, fármaco epidemiologista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo e uma maternidade que atende vinte e quatro horas por pessoal de enfermagem sem médico de plantão. Não há hospitais no município nem unidades de pronto socorro. As consultas especializadas são realizadas através de convênios fora do município. Tem um laboratório trabalhando dois dias por semana com realização limitada de exames e coleta para alguns exames que são processados fora do município. Os resultados dos exames demoram consideravelmente.

O Centro de Saúde Mãe Maria Teresa atualmente está em reforma. A ESF trabalha num local adaptado abrangendo uma zona rural, onde também são realizados atendimentos por uma médica plantonista duas vezes por semana. A equipe é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentista, auxiliar de saúde bucal, recepcionista, digitador, farmacêutica e dois porteiros. Oferecem-se atividades de docência pelo pessoal de enfermagem em coordenação com a Escola Profissionalizante Catarina de Siena de Pau dos Ferros.

Dentro da estrutura física do local adaptado são realizadas as atividades de farmácia e laboratório clínico. O consultório de enfermaria é utilizado para as atividades de vacinação e fonoaudiologia trazendo conflitos nos horários para realizar as atividades de acompanhamento das ações programáticas pela enfermeira. Há um espaço insuficiente para o acolhimento, onde estão localizadas também a recepção e o computador do digitador. A realização de procedimentos é desenvolvida num local pequeno sem pia para lavado das mãos.

Tem-se desenvolvido um intenso trabalho no mapeamento da população e cadastramento das famílias de nossa área de abrangência com participação de toda a ESF. Atualmente são feitas visitas domiciliares com frequência semanal e estão identificados todos os indivíduos que demandam de cuidados domiciliares. As visitas domiciliares são feitas em equipe. É necessário desenvolver o atendimento a todas as puérperas e recém-nascidos nos primeiros sete dias após o nascimento. Todo o pessoal participa na rotina da USF. Existem dificuldades no cumprimento das funções dos membros da equipe no acolhimento, desenvolvimento das ações programáticas, puericultura e realização de colpocitologia.

No domicílio são feitos atendimentos por enfermaria e o médico, curativos e atividades de educação em saúde. São contemplados os protocolos nos encaminhamentos, como também para interconsultas com especialistas e internamento hospitalar. Não é possível fazer acompanhamento hospitalar porque os hospitais estão muito distantes. O acompanhamento a todos os casos é difícil devido a que a ESF trabalha numa área de abrangência rural com regiões de difícil acesso, o que limita as atividades de educação em saúde encaminhadas a diversos grupos. Têm sido realizadas atividades coletivas de educação em saúde de planejamento familiar, grupos de adolescentes e problemas de saúde mental. O trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB), localizada fora da área de abrangência, gera problemas para o atendimento da população. A equipe se reúne semanalmente permitindo o planejamento, avaliação e retroalimentação das atividades desenvolvidas. São realizadas atividades de capacitação dos membros da equipe dirigidas a qualificar os atendimentos.

A equipe atende 2167 usuários (SIAB) com uma grande porção da população dispersa e afastada da USF dificultando o acesso. A equipe pode dar resposta às necessidades da área adstrita. A tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo grupos de idade e sexo.

Tabela 1 - População do município Paraná, RN, segundo idade e sexo.

Faixa de idade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
< 1 ano	3	0,1	4	0,2	7	0,3
1-4	75	3,5	54	2,5	129	6
5-6	48	2,2	31	1,4	79	3,6
7-9	60	2,8	48	2,2	108	5
10-14	110	5,1	87	4	197	9,1
15-19	103	4,8	98	4,5	201	9,3
20-39	357	16,5	337	15,6	694	32
40-49	109	5	106	4,9	215	9,9
50-59	95	4,4	107	4,9	202	9,3
60+	164	7,6	171	7,9	335	15,5
Total	1124	51,9	1043	48,1	2167	100

Fonte: SIAB, 2015.

A demanda espontânea tem diminuído e pode ser manejada pela equipe, mas a afluência de usuários de outras áreas de abrangência incrementa o número de atendimentos e dificulta a realização e dedicação de maior tempo para as ações programáticas. O agendamento das consultas tem melhorado e a permanência do médico tem sido fator determinante. Como estratégia para diminuir a demanda espontânea foi elaborado um cronograma contemplando os dias de maior afluência de usuários, o acolhimento em equipe, atividades de educação em saúde com a comunidade e orientação à população dos horários de atendimento. Toda a demanda espontânea é acolhida.

O acompanhamento de puericultura foi retomado. O número de crianças menores de um ano acompanhadas é 26, o que gera um indicador de cobertura de 81 % comparado com a estimativa de 32 menores de um ano do Caderno de Ações

Programáticas. A população menor de 72 meses segundo a Secretaria de Saúde é de 215 crianças. Não é acompanhada 100 % da população alvo cadastrada na USF e existe atraso nas consultas agendadas e crianças faltosas à consulta. São realizadas atividades de promoção e prevenção em saúde relacionadas com o aleitamento materno exclusivo até seis meses, orientações nutricionais para complementar o aleitamento a partir dos seis meses, prevenção de anemia e complementação com ferro segundo protocolo, prevenção de acidentes, infecções respiratórias e diarreicas e detecção precoce de agravos. Nas consultas são preenchidos os prontuários e as cadernetas da criança e agendado o retorno. Os usuários são orientados sobre o cronograma de vacinação, como também procurados os usuários faltosos, conseguindo vacinar com êxito 100 % das crianças. Os ACS visitam todas as crianças mensalmente e realizam a pesagem. Existem dificuldades quanto aos registros de puericultura, mas se está planejando desenvolver uma ficha espelho para cada criança. Sabemos que algumas mães diminuem a importância desta ação programática faltando à consulta com o filho. Necessita-se garantir uma qualidade informativa do processo de atenção às crianças mais fidedigna para retroalimentação e planejamento mais adequado da ação programática. Toda a equipe encontra-se engajada nestas ações mas falta adesão das mães.

A atenção pré-natal é ação programática melhor estruturada na USF. As gestantes e equipe estão engajados. Atualmente o trabalho está sendo encaminhando para uma maior qualificação. O 100% das gestantes estão cadastradas, e a meta de no mínimo sete consultas a cada gestante com pelo menos três consultas com o médico é cumprida. O indicador de cobertura para as gestantes situa-se em 65 % segundo a estimativa de 32 gestantes do Caderno de Ações Programáticas. A USF tem 21 gestantes (100%) acompanhadas o que não tem correspondência com essa estimativa. O acompanhamento é realizado segundo os protocolos do Ministério da Saúde (MS). Há dificuldades no pré-natal quanto à demora dos exames solicitados. Existem fichas espelho das consultas e fichas perinatais para todas as gestantes, como também as consultas são preenchidas nos prontuários clínicos. Toda a equipe participa em atividades de promoção e prevenção de toxoplasmose, baixo peso, procura de agravos, nutrição saudável, divulgação dos riscos de fumar e do consumo álcool na gravidez, sexo durante a gravidez, importância das vacinas, acompanhamento pré-natal, etc. Há dificuldades

no atendimento das gestantes pelo dentista por dificuldades de deslocamento das usuárias e por problemas culturais relacionados ao atendimento odontológico durante a gravidez, embora todas as gestantes fossem orientadas para o atendimento odontológico. Percebe-se aceitação e satisfação das gestantes pela atenção pré-natal.

A USF tem uma população de 510 mulheres entre 25 e 64 anos e 153 entre 50 e 69 anos (SIAB). Existem muitas crenças e desconhecimento acerca da importância da colpocitologia e a realização de mamografia nesta área de abrangência. Na USF pode ser coberta a realização de papanicolau e mamografia a 100% da população alvo. Tem-se incrementado o número de colpocitologias e mamografias, mas ainda não atinge 100 % das mulheres alvo. Na USF existe registro de colpocitologia, mas não de mamografias. Muitas mulheres fazem o papanicolau anualmente dando à falsa percepção de que existe uma maior cobertura da pesquisa. Entre as causas identificadas para não realização temos falta de informação enquanto aos benefícios da colpocitologia e mamografia, desconhecimento das possíveis causas do câncer de colo de útero e de mama e a oportunidade de tratamento precoce. Estes são temas a aprofundar nas atividades de promoção de saúde com a população alvo. Em debates realizados acerca deste tema com a equipe foi detectado inclusive, agentes comunitárias e técnicas de enfermagem sem fazer o exame de prevenção de câncer de colo uterino há mais de três anos. O método usado para desenvolver esta ação programática em nossa área se caracteriza por ser oportunista, e embora realizam-se atividades de promoção sobre o uso de preservativos, palestras sobre infecções de transmissão sexual e importância de realizar o papanicolau e mamografia na detecção precoce de câncer e oportunidade de tratamento, ainda é insuficiente. Algumas limitações são não atingir toda a população alvo e a falta de adesão de um alto número de mulheres. A primeira estratégia é começar por criar registros de qualidade para poder fazer o acompanhamento e avaliação das ações. Não há incidência de casos positivos na área de abrangência nas colpocitologias e mamografias realizadas nos últimos seis meses, mas na área existem duas usuárias com câncer do colo do útero e uma com câncer de mama.

A ESF está trabalhando no aperfeiçoamento da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A estimativa de hipertensos e diabéticos segundo a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito

Telefônico (VIGITEL) em 2011 é de 330 e 81 usuários respectivamente. Segundo os dados registrados na USF são 206 usuários com hipertensão e 33 usuários com diabetes os quais não têm acompanhamento regular. Existem deficiências nos indicadores de qualidade e está muito relacionado com deficiências nos registros dos dados. Somente 150 usuários hipertensos (72,8 %) têm os exames em dia em contraste com 20 usuários diabéticos (60,6 %). Há atrasos nas consultas agendadas. Nas atividades de promoção de saúde são orientados os usuários sobre realização de exercício físico, hábitos alimentares saudáveis e os benefícios de evitar o tabagismo. São examinados os pés, pulsos pediosos e tibiais e a sensibilidade a todos os diabéticos consultados. Foi orientado a 100 % dos diabéticos atendidos sobre exercício físico e hábitos alimentares saudáveis, assim como os benefícios de evitar o tabagismo. Foi designado um dia de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, embora este grupo de usuários tenha acesso ao serviço em qualquer momento que precisarem. Na USF sempre existiu o modelo de atendimento oportunista que repercute na dinâmica do serviço. Atendem-se os usuários diabéticos e hipertensos durante os eventos agudos, e realiza-se diagnóstico clínico de complicações. Os protocolos utilizados no atendimento são do MS. Desenvolvem-se ações de vacinação, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, tabagismo e problemas de saúde bucal neste grupo de pacientes. Os atendimentos de rotina e durante as emergências são registrados em prontuário clínico. Não há registros especiais deste grupo de usuários. O pessoal encarregado de planejar e avaliar as ações desenvolvidas são o médico e a enfermeira, e toda a equipe participa na reunião semanal para planejar ações e avaliar o desenvolvimento das atividades. Desenvolvem-se atividades de promoção e prevenção na USF, igrejas e domicílios. A ESF realiza em média uma atividade com os usuários hipertensos e diabéticos mensalmente e a participação dos usuários situa-se entre 30 e 40 %. É prioritário determinar a população real deste grupo de doentes e criar registros fiáveis. Esta ação programática poderia ser escolhida área de intervenção em nossa USF para estabelecer o acompanhamento segundo protocolos, qualificar a equipe e engajar a hipertensos e diabéticos, assim como incrementar a cultura do autocuidado neles impactando nos indicadores de saúde.

A população está envelhecida, e há na USF 295 pessoas com 60 e mais anos. Os idosos não têm Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O 63,5% dos

hipertensos têm 60 e mais anos e 48,5% dos usuários diabéticos também. A saúde do idoso precisa de avaliação multidimensional rápida e avaliação de fragilidade. Em nossa USF realizam-se atendimentos a este grupo populacional todos os dias da semana para o acompanhamento ou em processos agudos. No atendimento participa toda a equipe, e realizam-se visitas domiciliares semanalmente para atender idosos vulneráveis. Os atendimentos são preenchidos em prontuário médico. Nas atividades de educação em saúde com idosos as temáticas desenvolvidas tem sido alimentação saudável, benefícios da prática de exercício físico, importância do acompanhamento médico, realização dos tratamentos segundo prescrição médica, promoção da não automedicação e prevenção de acidentes. Os profissionais encarregados do planejamento das ações são o médico e a enfermeira embora participe toda a equipe. O planejamento e avaliação das ações desenvolvidas são feitos na reunião da equipe semanalmente. Ainda falta muito por fazer e existe a necessidade de criar registros e estabelecer o acompanhamento adequado.

O Caderno das Ações Programáticas revelou mais facilmente as características da população. As ações mais desatendidas são o Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o Programa de prevenção do câncer do colo de útero e de mama e a atenção à saúde do idoso. Também foi detectada baixa cobertura da atenção odontológica. O preenchimento do Caderno de Ações Programáticas evidencia a falta de registros confiáveis e organização no trabalho diário da USF. Os denominadores gerados ficaram sempre acima dos nossos segundo os dados da USF cadastrados no SIAB com exceção da população idosa, que é maior na realidade de nossa área.

A visão atual da situação da saúde de nossa área de abrangência é mais exata. O trabalho no desenvolvimento das ações programáticas deve ser planejado sobre a base de protocolos, com envolvimento dos membros de toda a equipe, gestor e da comunidade. A ESF está completa, e passou da visão de um atendimento irregular ao acompanhamento longitudinal e integral dos usuários. A participação dos membros da equipe na Análise Situacional permite ver melhoras do trabalho em equipe. Vivencia-se um processo de transição de um método assistencialista e curativo forte, para a APS focada na prevenção e promoção de saúde, sem descuidar o diagnóstico clínico e a reabilitação. O desenvolvimento do atendimento domiciliar em nossa unidade é um sinal de mudança que vem

melhorando o vínculo de nossa equipe com a comunidade. Persistem dificuldades no desenvolvimento das ações programáticas e pouco engajamento dos usuários. O funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) necessita ser repensado desde o acolhimento em equipe, o agendamento de consultas e a organização do serviço, ainda tenham melhorado estes aspectos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Sem dúvidas no tempo transcorrido muitas coisas têm mudado, e outras continuam sendo objeto de tentativas para melhorar os resultados.

A ESF continua trabalhando num local adaptado e ainda existem dificuldades no atendimento de emergência em nosso município. O estereotipo de atendimento curativo persiste na mente da população e na gestão. A equipe está mais engajada nas ações programáticas, atividades de educação em saúde e visitas domiciliares, e temos mudanças positivas no acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes e realização de atividades educativas.

Persistem as dificuldades com a realização de exames prejudicando o bom desenvolvimento de atividades como atenção pré-natal, atendimento a hipertensos e diabéticos, etc. Ainda há dificuldades nos registros da USF. Começam a ver algumas das bondades das ações da APS, como a diminuição da demanda espontânea e a identificação da comunidade com a ESF. As visitas domiciliares são uma realidade que garante equidade e acessibilidade às pessoas idosas, com deficiências físicas, acamados, etc., fazendo mais coerente os princípios do SUS com os direitos dos usuários. Continua-se aprofundando nas mudanças e com certeza haverá melhores resultados na saúde da comunidade.

2 - Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM associam-se frequentemente e são doenças com incidência crescente no mundo, e acarretam morbimortalidade secundária produto de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, [...] a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. [...] As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1,2).

Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº 36-Diabetes Mellitus (2013, p.27), dois critérios de rastreamento de DM são o excesso de peso e obesidade e pressão arterial \geq 140/90 e/ou uso de anti-hipertensivos em adultos.

O DM incrementa o risco de doença cardíaca e cerebrovascular, sendo que 50 por cento das pessoas com diabetes morrem de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014a apud MORRISH et al., 2001).

No Brasil as doenças cardiovasculares ocupam a primeira causa de morte e o DM ocupa a sexta posição junto com as doenças crônicas respiratórias do total de mortes para todas as idades. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014b).

A mortalidade por cada 10000 habitantes por Diabetes Mellitus em 2012 no Brasil foi de 39 e 38,9 para os sexos masculino e feminino respectivamente, e em total para os dois sexos de 39,3 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014c).

A nossa unidade de saúde tem uma ESF em funcionamento num local adaptado, abrangendo uma zona rural, além de atendimentos realizados por uma médica plantonista duas vezes por semana. A equipe é formada pelo médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco ACS, um odontólogo, uma auxiliar de odontologia, recepcionista, digitador, farmacêutica e dois porteiros. O NASF é constituído de fisioterapeuta, bioquímico e uma assistente social. Dentro da estrutura física do local adaptado são realizadas atividades de pronto socorro, farmácia, vacinação e as atividades da equipe. Existem dos consultórios com boa iluminação e os requerimentos para fazer consultas: mesa, cadeiras para usuário e acompanhante, escada de degraus, maca, sanitário, etc. O espaço para recepção dos usuários é insuficiente e é utilizado também para processos administrativos como digitação e agendamento de exames. A área de abrangência desta ESF tem uma população de 2167 pessoas segundo o SIAB.

A ESF tem registrados 206 usuários com hipertensão e 33 com diabetes sem acompanhamento regular. A estimativa de hipertensos é de 330 usuários e de diabéticos de 81 usuários segundo VIGITEL (2011). Há deficiências nos indicadores de qualidade, e está muito relacionado com deficiências nos registros dos dados ou ausência de registros fiáveis. Até o momento tem sido pobre a realização de exame dos pés e exame dos pulsos pediosos e tibiais assim como a sensibilidade explorada em diabéticos. São desenvolvidas atividades encaminhadas a mudar estilos de vida e criar hábitos alimentares mais saudáveis, evitar o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo. A população com diabetes e hipertensão durante os eventos agudos é atendida pela equipe, e é realizado diagnóstico clínico de complicações e agravos. Desenvolvem-se ações de vacinação, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade e tabagismo. Os atendimentos de rotina são registrados em prontuário clínico. Não há registros especiais deste grupo de usuários. O pessoal encarregado de planejar e avaliar as ações desenvolvidas é o médico e a enfermeira da equipe, embora participe toda a equipe em reunião semanal para planejar ações e avaliar o desenvolvimento das atividades. A ESF desenvolve atividades de promoção e prevenção na USF, comunidade e igrejas. Participa ativamente toda a equipe, como também pessoal da recepção, porteiros,

etc. É realizada uma atividade com grupos de hipertensos e diabéticos mensalmente como uma participação entre 30 e 40 % dos hipertensos e diabéticos. A adesão a esta ação programática é baixa.

O Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos poderia trazer muitos benefícios para população alvo pelo potencial no enfoque de risco, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações pela hipertensão e o diabetes. Estão cadastrados 62,4% e 40,7% dos usuários hipertensos e diabéticos respeito à estimativa de VIGITEL (2011) nesta UBS, o que reflete sobre uma quantidade de usuários que não são atingidos pela ação, nos quais poderíamos fazer diagnóstico precoce e prevenção secundária. Necessita-se uma maior qualificação da prática clínica e engajamento da equipe, gestor e comunidade. Os maiores empecilhos são a dispersão da população numa área rural com dificuldades para o deslocamento, a tardança na realização de exames, a baixa adesão da população a ação programática e a falta de cadastramento de uma parte da população. Entre os benefícios esperados estão a instauração da ação programática permanentemente incrementando a cobertura e a qualificação, o acompanhamento integral dos usuários, diminuição de complicações agudas destas doenças e de agravos como acidentes cerebrovasculares, cardiovasculares, renais, etc. e incidir na mudança de estilos de vida que desfavorecem a saúde da comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Mãe Maria Teresa no município Paraná/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na USF.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos.

Meta 5: Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos.

Meta 6: Garantir solicitação exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivos 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Objetivos 4: Melhorar o registro das informações dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivos 5: Mapear os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivos 6: Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido num período de 16 semanas na USF Mãe Maria Tereza no município de Paraná-RN. A USF consta com uma população total de 2167 habitantes, deles 206 usuários hipertensos e 33 diabéticos cadastrados segundo dados do SIAB. Participarão da intervenção estritamente os usuários pertencentes à área de abrangência da USF Mãe Maria Teresa, selecionando como universo do estudo a população com vinte e mais anos de idade, com uma estimativa de 330 hipertensos e 81 diabéticos segundo VIGITEL. Para o cadastramento dos usuários e coleta de dados utilizaremos a ficha espelho desenhada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, e para processar os dados a planilha de coleta de dados também desenhada pelo curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.

Meta 1: Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: será realizada monitorização semanal do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na planilha de coleta de dados (Anexo B), sendo os responsáveis o médico e enfermeira da ESF durante toda a intervenção, e apresentado o resultado na reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: serão disponibilizadas na USF as fichas-espelhos (Anexo C) desenhadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, e providas pelo gestor, desde a primeira semana da intervenção, para garantir o registro das variáveis avaliadas no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus nas fichas espelho paralelamente aos prontuários clínicos durante as consultas. Os responsáveis de demandar ao gestor a impressão das fichas espelho e do registro dos usuários serão a licenciada em enfermagem e o médico do ESF.

Ação: melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: será acolhida toda a demanda agendada e espontânea dos usuários hipertensos em equipe a partir da escuta qualificada, para o qual será realizada capacitação da equipe sobre acolhimento dos usuários, orientação e agendamento de consultas. Será facilitado o acesso à consulta aos usuários hipertensos sem que signifique restrições para resto da população. O responsável desta capacitação será o médico da equipe no transcurso da primeira semana da intervenção.

Ação: garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, estetoscópios).

Detalhamento: demandar ao gestor esfigmomanômetros e estetoscópios para ser disponibilizados desde o primeiro dia da intervenção na UBS. Os responsáveis serão o médico e enfermeira semanas antes do começo da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: será feita propaganda gráfica na UBS, comunidade, igrejas, etc., para dar conhecer o Programa de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, população alvo, grupos de risco, disponibilização dos medicamentos pelo Programa da Farmácia Popular, dia de atendimento e profissionais, e os ACS serão orientados para divulgar o programa nas atividades diárias. Será procurado o apoio das

lideranças comunitárias e Conselho de Saúde para divulgar o Programa de atenção ao usuários hipertensos e diabéticos na UBS e sobre a intervenção. As responsáveis da elaboração da propaganda serão a licenciada em enfermagem e técnica em enfermagem devendo estar pronta ao início da intervenção, como também a divulgação acontecerá durante toda a intervenção nas atividades de educação em saúde na comunidade, igrejas, visitas domiciliares, etc., pela equipe.

Ação: informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: será feita propaganda gráfica dando a conhecer idade mais frequente de aparição de HAS e a importância do diagnóstico precoce para prevenir complicações, assim como será informado em atividades de educação em saúde. Será responsabilidade da licenciada e técnica em enfermagem elaborar a propaganda. Também será comunicado à comunidade nas atividades de educação em saúde, grupo de fumantes, etc., pela equipe.

Ação: orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: Será orientado nas atividades de educação em saúde durante toda a intervenção à comunidade sobre a importância do rastreamento de DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e/ou hipertensos pela associação frequente destas doenças. Será responsabilidade de toda a equipe e monitorado pela enfermeira e o médico.

Ação: orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento: será feita propaganda gráfica sobre os fatores de risco, estilos de vida adequados, etc. para desenvolvimento de hipertensão e orientado em atividades de educação em saúde na comunidade. Os responsáveis de elaborar a propaganda serão a licenciada em enfermagem e técnica de enfermagem e nas atividades de educação em saúde o médico e a enfermeira abordarão os fatores de risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: o médico realizará atividade docente para capacitar a equipe para cadastrar os usuários hipertensos nas fichas espelhos na primeira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: o médico e a licenciada em enfermaria capacitarão a equipe mediante atividade docente quanto à aferição da pressão criteriosamente no transcurso da primeira semana de intervenção.

Meta 2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: será monitorado semanalmente o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizando a planilha de coleta de dados, e apresentados os resultados em reunião da equipe, sendo os responsáveis o médico e enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: serão disponibilizadas na USF as fichas espelhos desenhadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e providas pelo gestor desde a primeira semana da intervenção, para garantir o registro das variáveis avaliadas no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão e Diabetes Mellitus paralelamente aos prontuários clínicos durante as consultas. Os responsáveis serão a licenciada em enfermaria e o médico do ESF.

Ação: melhorar o acolhimento aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.

Detalhamento: será acolhida toda a demanda agendada e espontânea dos usuários diabéticos em equipe, para o qual será realizada capacitação da equipe sobre acolhimento e agendamento de consultas. Será facilitado o acesso à consulta aos usuários diabéticos sem que signifique restrições para resto da população. O responsável desta capacitação será o médico da equipe no transcurso da primeira semana da intervenção.

Ação: garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: será demandado ao gestor pelo médico e a enfermeira a disponibilização de material para realização de hemoglicoteste desde a primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: será divulgado mediante propaganda gráfica na UBS, igrejas e escolas para informar sobre assistência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, população alvo, grupos de risco, facilidades dos medicamentos pelo Programa da Farmácia Popular, dia de atendimento e profissionais. Será orientado aos ACS para divulgar o programa nas atividades diárias e dado a conhecer às lideranças comunitárias e Conselho de Saúde a ação programática e o projeto de intervenção e solicitado apoio na divulgação. Os responsáveis da criação da propaganda gráfica serão a licenciada e técnica em enfermagem devendo estar pronta desde o início da intervenção, como também a divulgação acontecerá durante toda a intervenção nas atividades de educação em saúde, igrejas, visitas domiciliares, etc., pela equipe.

Ação: orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: será orientada a associação frequente de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas atividades de educação em saúde, e a

importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 mmHg e hipertensos. Os responsáveis serão o médico e licenciada em enfermaria no transcurso de toda a intervenção.

Ação: orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Detalhamento: será divulgado em propaganda gráfica sobre fatores de risco, estilos de vida adequados, etc. para desenvolvimento de diabetes e orientaremos à comunidade em atividades de educação em saúde. Os responsáveis serão o médico e licenciada em enfermaria no transcurso de toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar os ACS para o cadastramento dos diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico da USF realizará atividade docente para capacitar a equipe no cadastramento dos usuários diabéticos e manejo das fichas espelhos na primeira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermaria capacitarão a equipe mediante atividade docente quanto à realização de hemoglicoteste no transcurso da primeira semana de intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos cadastrados USF.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica do ano 2013, do MS do Brasil.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermaria monitorarão o correto preenchimento dos dados obtidos no exame físico nos prontuários e nas fichas espelhos semanalmente durante toda a intervenção. O resultado do monitoramento será apresentado semanalmente na reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos seguindo como protocolos o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica do ano 2013, do MS do Brasil.

Detalhamento: O médico capacitará em atividade docente à equipe informando segundo protocolos as atribuições na realização do exame físico aos hipertensos no transcurso da primeira semana de intervenção.

Ação: organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: as atividades de capacitação terão como suporte o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica do ano 2013, do MS do Brasil. O médico da equipe será o responsável de garantir esta ação durante toda a intervenção.

Ação: estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: serão realizadas atividades de capacitação concentrando os temas mais relevantes para o início da intervenção na primeira semana e depois com frequência quinzenal. O médico e enfermeira serão os responsáveis das atividades de capacitação tendo duração cada atividade de uma hora.

Ação: dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Será impresso o protocolo adotado e colocado na USF facilitando a consulta por todos os membros da equipe. O médico demandará ao gestor a impressão e será disponibilizado na primeira semana de intervenção na USF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar aos usuários e à comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: a equipe, baixo a responsabilidade do médico e licenciada em enfermagem, realizará atividades de educação em saúde na comunidade duas vezes por mês, uma vez para cada área definidas por cada agente comunitário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos.

Detalhamento: o médico da equipe capacitará em atividade docente a todos os membros da equipe sobre exame físico apropriado dos hipertensos na primeira semana de intervenção seguindo os protocolos adotados.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários diabéticos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus do ano 2013, do MS do Brasil.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermagem monitorarão a realização do exame clínico apropriado a partir do correto preenchimento dos dados obtidos no exame clínico nos prontuários e fichas espelhos durante toda a intervenção e gerará relatório para apresentar semanalmente em reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos diabéticos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus do ano 2013, do MS do Brasil.

Detalhamento: o médico capacitará à equipe seguindo os protocolos sobre as atribuições na realização do exame físico aos diabéticos no transcurso da primeira semana de intervenção.

Ação: organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: as atividades de capacitação terão como suporte o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus do ano 2013, do MS do Brasil. O médico da equipe será o responsável de garantir esta ação durante toda a intervenção.

Ação: estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: serão realizadas atividades de capacitação com frequência quinzenal. O médico e enfermeira serão os responsáveis das atividades de capacitação com duração de uma hora.

Ação: dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: será impresso o protocolo adotado e colocado na USF facilitando a consulta deste por todos os membros da equipe. O médico demandará ao gestor a impressão deste documento e será disponibilizado na primeira semana de intervenção na USF.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar aos usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: a equipe, baixo a responsabilidade do médico e licenciada em enfermagem, realizará atividades de educação em saúde na comunidade duas vezes por mês, como também será orientado em grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de fumantes e nas consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos diabéticos.

Detalhamento: o médico da equipe capacitará em atividade docente a todos os membros da equipe sobre exame físico apropriado dos diabéticos na primeira semana de intervenção seguindo os protocolos adotados.

Meta 5: Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermaria monitorarão semanalmente os dados preenchidos nas fichas espelhos e cadastrados na planilha de coleta de dados proporcionada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família durante toda a intervenção. Os resultados serão apresentados em reunião da equipe semanalmente.

Ação: monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermaria monitorarão semanalmente os dados preenchidos nas fichas espelhos e cadastrados na planilha de coleta de dados proporcionada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família durante toda a intervenção para determinar o cumprimento da solicitação de exames de acordo com a periodicidade recomendada. Os resultados serão apresentados em reunião da equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: o médico e a enfermeira solicitarão nas consultas os exames aos usuários segundo periodicidade recomendada seguindo os protocolos adotados no serviço.

Ação: garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: o médico demandará ao gestor garantir a realização dos exames solicitados aos usuários com agilidade e de forma contínua a partir do início da intervenção.

Ação: estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: os exames requisitados terão sinalização com a palavra hiperdia para garantir o reconhecimento dos usuários do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos para facilitar a realização e entrega com agilidade. Os responsáveis serão o médico e enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar aos usuários hipertensos e à comunidade quanto à necessidade da realização de exames complementares.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermaria orientarão em atividades de educação em saúde na comunidade, consultas, etc., a importância da realização dos exames no controle da doença e no diagnóstico das complicações.

Ação: orientar aos usuários hipertensos e à comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermaria orientarão em consulta e em atividades de educação em saúde na comunidade os hipertensos a importância da realização dos exames no controle da doença e no diagnóstico das complicações no transcurso da intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: o médico fará atividade docente sobre exames preconizados e periodicidade nos usuários hipertensos na terceira semana da intervenção.

Meta 6: Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermaria monitorarão semanalmente os dados preenchidos nas fichas espelhos e cadastrados na planilha de coleta de dados proporcionada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família durante toda a intervenção. Os resultados serão apresentados em reunião da equipe semanalmente.

Ação: monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: o grupo de monitoramento conformado pelo médico e licenciada em enfermaria monitorarão semanalmente os dados preenchidos nas fichas espelhos e cadastrados na planilha de coleta de dados proporcionada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família durante toda a intervenção para determinar o cumprimento da solicitação de exames com a periodicidade recomendada. Os resultados serão apresentados em reunião da equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e enfermeira solicitarão os exames complementares a todos os usuários diabéticos segundo o protocolo adotado.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: o médico fará oficina com o gestor para demandar a realização dos exames solicitados com agilidade desde o início da intervenção.

Ação: estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: os exames requisitados terão sinalização com a palavra hiperdia para garantir o reconhecimento dos usuários do Programa de Atenção a usuários hipertensos e diabéticos e a realização e entrega com agilidade. Os responsáveis serão o médico e enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermaria orientarão nas consultas e em atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade a importância da realização dos exames no diagnóstico e controle da doença e no diagnóstico das complicações.

Ação: orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermaria orientarão a importância da realização dos exames no controle da doença e no diagnóstico das complicações no transcurso das atividades de educação em saúde programadas na intervenção, consultas, grupos de fumantes, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos diabéticos.

Detalhamento: o médico fará atividade docente sobre exames preconizados e periodicidade dos exames complementares aos diabéticos na terceira semana da intervenção.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o acesso dos hipertensos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: o grupo de monitoramento demandará quinzenalmente à Farmácia Popular gerar relatório da existência de medicamentos e número de usuários que retiram os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, como também monitorará semanalmente os medicamentos em uso pelos usuários nas fichas espelhos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: a licenciada em enfermaria ficará encarregada de realizar controle de estoque de medicamentos da Farmácia Popular na USF e entregar documento com listagem de medicamentos existentes e inexistentes semanalmente.

Ação: manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: o médico e a licenciada em enfermaria determinarão e registrarão as necessidades de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia usando as fichas espelhos uma vez por mês.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde orientarão aos usuários hipertensos em grupos de hipertensos e diabéticos, atividades de educação em saúde na comunidade, grupos de fumantes e consultas, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: o médico fará capacitação da equipe quanto a tratamento não medicamentoso e medicamentoso da hipertensão durante a terceira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: a licenciada em enfermagem fará capacitação dando a conhecer a equipe os medicamentos fornecidos pela farmácia popular e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia durante a terceira semana de intervenção.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o acesso dos diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: o grupo de monitoramento demandará quinzenalmente à Farmácia Popular gerar relatório da existência de medicamentos e número de usuários que retiram os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, como também monitorará semanalmente os medicamentos em uso pelos usuários nas fichas espelhos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A licenciada em enfermaria ficará encarregada de realizar controle de estoque de medicamentos da Farmácia Popular na USF e entregar documento com listagem de medicamentos existentes e inexistentes semanalmente.

Ação: manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: o médico e a licenciada em enfermaria determinarão e registrarão as necessidades de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia usando as fichas espelhos uma vez por mês.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários e à comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde orientarão aos usuários diabéticos em grupos de hipertensos e diabéticos, atividades de educação em saúde na comunidade, grupos de fumantes e consultas, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: realizar atualização do profissional no tratamento da Diabetes Mellitus.

Detalhamento: o médico fará capacitação da equipe quanto a tratamento não medicamentoso e medicamentoso da Diabetes Mellitus durante a terceira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: a licenciada em enfermaria fará capacitação dando a conhecer a equipe os medicamentos fornecidos pela farmácia popular e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia durante a terceira semana de intervenção.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará os hipertensos com necessidade de atendimento odontológico a partir da avaliação da necessidade do atendimento odontológico refletida nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados com frequência semanal durante toda a intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: os membros da equipe realizarão avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos em consulta e visitas domiciliares.

Ação: organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: o médico fará oficina com equipe de odontologia para pactuar agenda de atendimento odontológico dos usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico desde o início da intervenção partindo da monitorização dos pacientes avaliados pela equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos.

Detalhamento: serão orientados os hipertensos sobre a importância da atenção odontológica nas atividades de educação em saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de fumantes, consultas e visitas domiciliares pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: será realizada capacitação pelo dentista da equipe acerca de avaliação da necessidade de atendimento odontológico na segunda semana da intervenção.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar os usuários diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará os diabéticos com necessidade de atendimento odontológico a partir dos dados refletidos nas fichas espelho e planilha de coleta de dados semanalmente para determinar os usuários com esta necessidade e possibilitar acompanhamento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: será realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos em consulta e visitas domiciliares pelo médico e enfermeira, como também os ACS nas atividades diárias.

Ação: organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: o médico fará oficina com o dentista para pactuar agenda de atendimento odontológico dos usuários diabéticos priorizando os usuários com necessidade de atendimento a partir do monitoramento da avaliação da necessidade de atendimento odontológico feita semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos diabéticos.

Detalhamento: serão orientados os usuários com Diabetes Mellitus sobre a importância da atenção odontológica nas atividades de educação em saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de fumantes, consultas e visitas domiciliares pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: será realizada capacitação pelo dentista da equipe acerca de avaliação da necessidade de atendimento odontológico na segunda semana da intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: o grupo de monitoramento fará a monetarização semanalmente do cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento informará na reunião da equipe semanalmente aos ACS os usuários hipertensos faltosos à consulta para busca ativa

e agendamento de nova consulta; a equipe agendará realização de visita domiciliar aos usuários que faltem depois de agendar uma segunda consulta.

Ação: organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: o médico e enfermeira da equipe deverão garantir três vagas no horário de consulta para acolher os hipertensos e diabéticos faltosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: serão informados os usuários pela equipe sobre a importância da assistência as consultas em atividades de educação em saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de fumantes, consultas, visitas domiciliares, etc. durante toda a intervenção.

Ação: ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: O médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde farão intercâmbios com a comunidade e lideranças comunitárias sobre as preocupações e dificuldades para assistir as consultas durante as atividades de educação em saúde.

Ação: esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: serão informados sobre periodicidade das consultas aos hipertensos mediante propaganda gráfica, atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de fumantes, etc., durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar os ACS para a orientação dos hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: o médico fará capacitação dos agentes comunitários quanto à periodicidade das consultas na terceira semana da intervenção.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos diabéticos previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente o cumprimento da periodicidade das consultas dos diabéticos nas fichas espelho e apresentará o resultado em reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento informará aos ACS os usuários diabéticos faltosos para realizar busca ativa e agendar nova consulta; a equipe fará visita domiciliar aos usuários faltosos a um segundo agendamento da consulta.

Ação: organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: o médico e enfermeira da equipe deverão garantir três vagas no horário de consulta para acolher aos hipertensos e diabéticos faltosos provenientes das buscas domiciliares durante toda a intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: serão informados os usuários pela equipe sobre a importância da assistência as consultas em atividades de educação em saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de fumantes, consultas, visitas domiciliares, etc. durante toda a intervenção.

Ação: ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: o médico, enfermeiras e agentes comunitários de saúde farão intercâmbios com a comunidade sobre as preocupações e dificuldades para assistir as consultas, e procurarão comprometer as lideranças comunitárias com o programa.

Ação: esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: serão informados sobre periodicidade das consultas os diabéticos e comunidade mediante propaganda gráfica, atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de fumantes, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar aos ACS para a orientação dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: o médico fará capacitação dos agentes comunitários quanto à periodicidade das consultas na terceira semana da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento: o grupo de monitoramento fará o monitoramento da qualidade da informação preenchida nos prontuários clínicos e nas fichas espelhos semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: a enfermeira será responsável da atualização do SIAB mensalmente.

Ação: implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos cadastrados.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermagem serão responsáveis de implantar desde o início da intervenção a ficha espelho desenhada pelo Curso de Especialização de Saúde da Família para todos os hipertensos.

Ação: pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: o médico da equipe pactuará em reunião da equipe o preenchimento rigoroso de todas as informações dos usuários nas fichas espelhos desde a primeira semana de intervenção.

Ação: definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: os responsáveis pelo monitoramento desde a primeira semana de intervenção serão o médico e a enfermeira da equipe (grupo de monitoramento). Será definido em reunião da equipe.

Ação: organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: os usuários serão cadastrados nas fichas espelhos e na planilha eletrônica de coleta de dados proporcionada pelo curso facilitando o monitoramento da ação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários hipertensos e à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a equipe fará propaganda gráfica sobre o direito dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via dos prontuários e divulgará nas atividades de educação em saúde. Os responsáveis serão o médico, a enfermeira, agentes comunitários de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos hipertensos.

Detalhamento: o médico fará atividade docente metodológica com a equipe sobre o preenchimento das fichas espelhos na primeira semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: o médico fará atividade docente metodológica com a equipe sobre o preenchimento das fichas espelhos na primeira semana da intervenção.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: o grupo de monitoramento fará o monitoramento da qualidade da informação preenchida nos prontuários clínicos e nas fichas espelhos dos usuários diabéticos semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: a enfermeira será responsável da atualização do SIAB mensalmente.

Ação: implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários diabéticos cadastrados.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermagem serão responsáveis de implantar desde o início da intervenção a ficha espelho desenhada pelo Curso de Especialização de Saúde da Família para todos os usuários diabéticos.

Ação: pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: o médico da equipe pactuará em reunião da equipe o preenchimento rigoroso de todas as informações dos usuários nas fichas espelhos desde a primeira semana de intervenção.

Ação: definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: os responsáveis pelo monitoramento desde a primeira semana de intervenção serão o médico e a enfermeira da equipe. Será definido desde primeira semana em reunião da equipe.

Ação: organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença dos usuários diabéticos.

Detalhamento: os usuários serão cadastrados nas fichas espelhos e na planilha eletrônica de coleta de dados proporcionada pelo curso facilitando o monitoramento das ações pela equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários diabéticos e à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: a equipe fará propaganda gráfica sobre o direito dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via dos prontuários e divulgará nas atividades de educação em saúde. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: o médico fará atividade docente metodológica com a equipe sobre o preenchimento das fichas espelhos na primeira semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: o médico fará atividade docente metodológica com a equipe sobre o preenchimento das fichas espelhos na primeira semana da intervenção.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que a estratificação do risco cardiovascular tenha sido realizada a cada usuário consultado a partir dos dados refletidos nas fichas espelhos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: priorizar o atendimento dos usuários hipertensos avaliados como alto risco cardiovascular.

Detalhamento: Será elaborado cadastro dos pacientes com alto risco cardiovascular e a equipe priorizará a realização de consultas e exames destes usuários. Serão dados a conhecer a equipe os usuários de alto risco cardiovascular para dar atendimento com rapidez e acolhimento imediato das queixas destes usuários em qualquer momento de concorrência à maternidade.

Ação: organizar a agenda para o atendimento da demanda dos usuários hipertensos avaliados como alto risco cardiovascular.

Detalhamento: os usuários identificados como de alto risco cardiovascular serão priorizados no atendimento domiciliar e procurados se faltosos com a maior rapidez, assim como atendidos em consulta qualquer dia da semana e garantindo um acolhimento em equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários hipertensos e à comunidade quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermagem orientarão aos usuários imediatamente após de cada avaliação o risco cardiovascular resultante e a importância do acompanhamento segundo o risco durante os atendimentos clínicos. A comunidade será também informada quanto ao risco cardiovascular em atividades de educação em saúde.

Ação: esclarecer aos usuários hipertensos e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a equipe divulgará nas consultas e atividades coletivas os fatores de risco para hipertensão e a importância do controle dos fatores de risco modificáveis durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: o médico fará atividade de capacitação sobre risco cardiovascular na terceira semana da intervenção com todos os membros da equipe.

Ação: capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: será realizada pelo médico da equipe atividade metodológica sobre a importância do preenchimento da avaliação do risco cardiovascular e a influência da avaliação na frequência das consultas na terceira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: será realizada atividade docente com a equipe sobre fatores de risco para hipertensão assim como as estratégias na mudança de fatores de risco modificáveis mediante os métodos de educação em saúde pelo médico na terceira semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: será feita capacitação da equipe sobre escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos pelo médico da equipe na terceira semana de intervenção.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que a estratificação do risco cardiovascular tenha sido realizada a cada usuário consultado e manterá registro atualizado com os usuários avaliados como de alto risco.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: priorizar o atendimento dos usuários diabéticos avaliados como alto risco cardiovascular.

Detalhamento: a equipe priorizará a realização de consultas e de exames dos usuários diabéticos com alto risco cardiovascular. Serão dados a conhecer a equipe os usuários de alto risco cardiovascular para dar atendimento com rapidez e acolhimento imediato das queixas destes usuários em qualquer momento de concorrência à maternidade.

Ação: organizar a agenda para o atendimento da demanda dos usuários diabéticos avaliados como alto risco cardiovascular.

Detalhamento: os usuários identificados como de alto risco cardiovascular serão priorizados no atendimento domiciliar e procurados se faltosos com a maior rapidez, assim como atendidos em consulta qualquer dia da semana e garantindo um acolhimento em equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os usuários diabéticos e à comunidade quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: o médico e licenciada em enfermagem orientarão aos usuários imediatamente após de cada avaliação o risco cardiovascular resultante e a importância do acompanhamento segundo o risco durante os atendimentos clínicos. A comunidade será também informada quanto ao risco cardiovascular em atividades de educação em saúde.

Ação: esclarecer os usuários diabéticos e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: a equipe divulgará em consulta, atividades coletivas e propaganda gráfica os fatores de risco diabetes como também a importância do controle dos fatores de risco modificáveis durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: o médico fará atividade de capacitação sobre estratificação do risco cardiovascular na terceira semana da intervenção com todos os membros da equipe.

Ação: capacitar a equipe sobre a importância do registro da avaliação do risco cardiovascular.

Detalhamento: será realizada pelo médico da equipe atividade metodológica sobre a importância do preenchimento da avaliação do risco cardiovascular e a influência da avaliação na frequência das consultas na terceira semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: será realizada atividade docente com a equipe, sobre fatores de risco para diabetes assim como as estratégias na mudança de fatores modificáveis mediante técnicas de educação em saúde, pelo médico na terceira semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: será feita capacitação da equipe sobre escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos pelo médico da equipe na terceira semana de intervenção.

Objetivo 6: Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: será monitorada a orientação nutricional aos hipertensos semanalmente pelo grupo de monitoramento e apresentados os resultados em reunião da equipe durante toda a intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: será divulgado sobre alimentação saudável nas atividades de educação em saúde com hipertensos na comunidade, consultas e visitas domiciliares e compartilhadas experiências quanto a tratamento dietético da hipertensão.

Ação: demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: será demandado ao gestor na primeira semana da intervenção a realização de consultas do especialista em nutrição aos usuários hipertensos e a participação da nutricionista nas atividades de educação em saúde programadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: os membros da equipe divulgarão mediante propaganda gráfica, em consulta e palestras a importâncias da alimentação saudável durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: será feita atividade de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável pelo médico na quinta semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: será feita capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde pela licenciada em enfermagem na quinta semana da intervenção.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: será monitorada semanalmente a realização de orientação nutricional aos diabéticos pelo grupo de monitoramento e apresentados os resultados em reunião da equipe durante toda a intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: será divulgado nas atividades de educação em saúde com os diabéticos na comunidade, consultas e visitas domiciliares e compartilhadas experiências quanto a tratamento dietético da diabetes.

Ação: demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: será demandado junto ao gestor na primeira semana da intervenção a realização de consultas do especialista em nutrição aos usuários diabéticos e a participação da nutricionista nas atividades de educação em saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: os membros da equipe divulgarão mediante propaganda gráfica, em consulta e palestras a importâncias da alimentação saudável durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: será feita atividade de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável pelo médico na quinta semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento: será feita capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde pela licenciada em enfermagem na quinta semana da intervenção.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que seja fornecida orientação de realizar atividade física regular aos hipertensos durante toda a intervenção a partir dos dados refletidos nas fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A equipe orientará aos hipertensos a fazer atividade física, e compartilhará experiências e benefícios da atividade física na comunidade.

Ação: demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: o médico fará oficina com o gestor para demandar a participação de educadores físicos e a criação de espaços para este fim na primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os hipertensos e à comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: a equipe divulgará os benefícios do exercício físico em propaganda gráfica, atividades de educação em saúde, consultas, visitas domiciliares, etc., durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: o médico coordenará em oficina com o gestor a participação de educador físico na realização de capacitação da equipe sobre promoção de prática de atividade física regular para ser desenvolvida na quinta semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a enfermeira licenciada realizará atividade de capacitação sobre educação em saúde na quinta semana da intervenção.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que seja fornecida orientação de realizar atividade física regular aos diabéticos a partir dos dados refletidos nas fichas espelhos durante toda a intervenção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: a equipe orientará os hipertensos a fazer atividade física, e compartilhará experiências de pacientes que faz atividade física regular na comunidade.

Ação: demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: o médico fará oficina com o gestor para demandar a participação de educadores físicos e a criação de espaços para este fim na primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os diabéticos e à comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: a equipe divulgará os benefícios do exercício físico em propaganda gráfica, atividades de educação em saúde, consultas, visitas domiciliares, etc., durante toda a intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: o médico coordenará em oficina com o gestor a participação de educador físico na realização de capacitação de promoção da prática de atividade física regular para ser desenvolvida na quinta semana da intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a enfermeira licenciada realizará atividade de capacitação sobre educação em saúde na quinta semana da intervenção.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que seja orientado em cada consulta os riscos do tabagismo, preenchido no prontuário e refletido na ficha-espelho e apresentará o resultado na reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: o médico fará na primeira semana de intervenção oficina com o gestor para demandar a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: a equipe orientará durante toda a intervenção em palestras na comunidade, em grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de fumantes, etc., a possibilidade do abandono do tabagismo se desejar e assistência de terapia de apoio como parches, bupropiona, etc. A enfermeira licenciada e técnica em enfermagem postarão em mural na USF os efeitos nocivos do tabagismo, esquema de sensação tabagismo e existência de tratamento. Será feito grupo de fumantes mensalmente pelo médico e enfermeira na USF com apoio do NASF.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: o médico fará na equipe atividade de capacitação sobre a prevenção e tratamento do tabagismo na quinta semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a licenciada em enfermaria fará capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde na quinta semana da intervenção.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente que seja orientado em cada consulta os riscos do tabagismo, preenchido no prontuário e refletido na ficha-espelho aos usuários diabéticos e apresentado semanalmente o resultado na reunião da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: o médico fará na primeira semana de intervenção oficina com o gestor para demandar a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: a equipe orientará durante toda a intervenção em palestras na comunidade, em grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de fumantes, etc., a possibilidade do abandono do tabagismo e assistência de terapia de apoio como parches, bupropiona, etc. A enfermeira licenciada e técnica em enfermagem postarão em mural na USF os efeitos nocivos do tabagismo, esquema de sensação tabagismo e existência de tratamento. Será feito grupo de fumantes mensalmente pelo médico e enfermeira na USF com apoio do NASF.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: o médico fará atividade de capacitação sobre a prevenção e tratamento do tabagismo na quinta semana de intervenção.

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: a licenciada em enfermagem fará capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde na quinta semana da intervenção.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente a orientação em cada consulta sobre higiene bucal e o adequado preenchimento das orientações nas fichas espelho dos usuários hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: o médico e enfermeira deverão garantir o tempo mínimo de 25 minutos cada consulta o mais se necessário para orientar sobre a importância da higiene bucal e refleti-lo na ficha-espelho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: a auxiliar de odontologia fará propaganda gráfica desde segunda semana de intervenção orientando sobre higiene bucal e a técnica

adequada do escovado dos dentes, benefícios na saúde bucal, digestão e absorção de nutrientes. Também será divulgado pela equipe em palestras, grupos de hipertensos e diabéticos, consultas, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: o dentista fará capacitação da equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal na segunda semana da intervenção.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários diabéticos.

Detalhamento: o grupo de monitoramento monitorará semanalmente a orientação em cada consulta sobre higiene bucal e o adequado preenchimento das orientações nas fichas espelho dos usuários diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: o médico e enfermeira deverão garantir o tempo mínimo de 25 minutos cada consulta o mais se necessário para orientar sobre a importância da higiene bucal e refleti-lo na ficha-espelho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: a auxiliar de odontologia fará propaganda gráfica desde a segunda semana de intervenção orientando sobre higiene bucal e técnica adequada

do escovado dos dentes, benefícios na saúde bucal, digestão e absorção de nutrientes. Também será divulgado pela equipe em palestras, grupos de hipertensos e diabéticos, consultas, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: o dentista fará capacitação da equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal na segunda semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.

Meta 1: Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos cadastrados USF.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 5: Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 6: Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF às consultas.

Meta 11: Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos a consulta na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos a consultas médicas com busca ativa.

Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos a consulta na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação os riscos do tabagismo.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção no Programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM, será desenvolvida por uma ESF na UBS Mae Maria Teresa no município Paraná-RN e terá uma duração de 16 semanas. Participarão da intervenção estritamente os usuários pertencentes à área de abrangência da USF Mãe Maria Teresa, selecionando como universo do estudo a população com 20 e mais anos de idade, com uma estimativa de 330 hipertensos e 81 diabéticos segundo VIGITEL.

Para executar a intervenção no Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos adotaremos como protocolos o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do MS do Brasil, os quais serão disponibilizados pelo gestor municipal em formato impresso para o acesso dos membros da equipe na USF desde a primeira semana da intervenção.

Será utilizada para o cadastramento dos usuários uma ficha espelho (Anexo C) dos prontuários clínicos, desenhada pelo curso de Especialização em Saúde da Família, e que abrange dados referentes à saúde bucal, avaliação do risco cardiovascular e as orientações de educação em saúde feitas nas consultas, como também do exame físicos de hipertensos e diabéticos e exames complementários preconizados. O médico e licenciada em enfermagem deverão levar em paralelo durante a realização das consultas o preenchimento dos dados obtidos em consulta nas fichas espelhos. Para atingir a meta de cobertura proposta de 60 % de atenção a usuários hipertensos e 60 % diabéticos deveremos ter registrados na ação

programática 198 usuários hipertensos e 49 diabéticos. Será realizada oficina com o gestor antes da intervenção, para garantir a disponibilidade de 300 fichas espelhos na UBS, sendo o responsável o médico da USF.

Para o processamento dos dados será utilizada a planilha de coleta de dados (Anexo B) disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família e que será alimentada pelos dados transcritos desde as fichas-espelhos todas as semanas pelo médico da unidade.

Será criado um grupo de monitoramento conformado pelo médico e enfermeira da equipe na primeira semana da intervenção. O monitoramento das ações da intervenção será feito semanalmente utilizando a planilha de coleta de dados utilizando para este fim uma hora cada semana antes da reunião semanal da equipe e o resultado será apresentado semanalmente em reunião da equipe onde serão informados os usuários faltosos para busca ativa, os pacientes com alto risco cardiovascular e os agendamentos de consulta e visita domiciliares da seguinte semana.

A equipe garantirá o acolhimento de todo usuário hipertenso o diabético por problemas agudos e procedentes da busca ativa de faltosos, pelo que garantiremos sempre três vagas no horário de consulta para estes usuários. Com o objetivo de melhorar o acolhimento será feita na USF com toda a equipe uma capacitação sobre acolhimento na primeira semana da intervenção. O responsável será o médico da equipe. Será utilizado como material docente o Caderno de Atenção Básica sobre acolhimento.

Para garantir todos os recursos materiais necessários será feita oficina com o gestor, o que fica baixo a responsabilidade do médico e enfermeira. Esta ação será desenvolvida antes do início da intervenção. Os recursos necessários são os seguintes: pessoal técnico do NASF, farmacêutico, nutricionista e educador físico; instrumentos clínicos: oito esfigmomanômetro, oito manguitos, oito fitas métricas, dois kit para realizar hemoglicoteste, instrumental para exploração da sensibilidade dos membros inferiores; dois escritórios habilitados: do médico e de enfermagem; impressão dos Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus; 300 fichas espelhos; modelagem para os prontuários clínicos; aparelhos para videoaulas; câmera fotográfica para registro fotográfico das atividades; balança fixa e cinco portáteis; acessibilidade à realização dos exames preconizados nos protocolos; garantir medicamentos da Farmácia

Popular para tratamento da HAS e DM e terapia de apoio à cessão do tabagismo; transporte para deslocamento até os sítios afastados durante as atividades educativas na comunidade e visitas domiciliares; lanche para compartilhar em grupos de hipertensos e diabéticos.

O atendimento clínico dos usuários com consulta agendada acontecerá fundamentalmente na terça-feira no horário de 8h a 12h embora aconteça também em outros horários, e será responsabilidade do médico e da enfermeira. Todos os usuários serão pesados, medidos e terão aferida a pressão arterial pela técnica em enfermaria antes de entrar à consulta. O tempo médio de consulta para garantir o exame clínico correto e oferecer orientações será de vinte e cinco minutos. O desenvolvimento das consultas será refletido em prontuário clínico e na ficha-espelho. Todos os usuários terão a próxima consulta agendada pelo médico ou enfermeira ao sair. Durante as consultas será avaliado o risco cardiovascular a todos os usuários e orientado o resultado da avaliação. É responsabilidade da enfermeira informar aos ACS o agendamento planejado das consultas.

Os agendamentos das consultas dos faltosos serão garantidos deixando três vagas no dia dedicado à atenção dos hipertensos e diabéticos, como também serão atendidos aproveitando a assistência não planejada qualquer dia de atendimento. Para garantir a procurar aos usuários faltosos o grupo de monitoramento monitorará semanalmente as fichas espelho e dará os nomes dos usuários em falta aos agentes comunitários de saúde os quais ficaram responsáveis de informar o novo agendamento da consulta para a próxima semana. Nos casos reincidentes se agendará consulta domiciliar pela equipe. Isto deverá acontecer de forma permanente em reunião da equipe semanal.

Os usuários que não passam assistir a USF por dificuldades físicas (acamados, idosos, incapacitados) serão visitados pela equipe para realizar atendimento domiciliar. Para os usuários que não possam assistir a USF por não dispor de tempo por encontrar-se trabalhando se agendará consulta para uma hora que seja acessível para o usuário qualquer dia da semana. Será necessário carro para visitas a lugares afastados da USF, o que deverá ser garantido pelo gestor. As visitas domiciliares serão feitas pela equipe com frequência semanal todas as quartas férias no horário de 8h a 12h.

Será pactuado com o dentista a agenda de atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos, assim como a participação nas atividades de educação em

saúde. O responsável de pactuar a agenda de atendimento dos hipertensos e diabéticos por odontologia será o médico ao início da intervenção. Será desenvolvida a capacitação da equipe sobre avaliação da higiene bucal na USF pela equipe de saúde bucal na segunda semana de intervenção. Os agendamentos com o dentista serão organizados semanalmente em reunião da equipe com a técnica em higiene bucal.

Será disponibilizado pela responsável da Farmácia Popular listagem de medicamentos do Programa de Farmácia Popular na USF para ser consultado pelos profissionais, o que deverá acontecer desde a primeira semana da intervenção. Também com frequência quinzenal disponibilizará listagem com os medicamentos para hipertensão e diabetes existentes no estoque. A enfermeira da ESF é responsável de manter atualizado mensalmente registro com as necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos.

Para garantir o engajamento público será elaborada propaganda gráfica contendo informações sobre o Programa de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, serviços disponíveis, população alvo da ação programática, fatores de riscos, facilidades de medicamentos na Farmácia Popular, etc. A elaboração do mural e banners da USF ficarão a cargo da licenciada e técnica de enfermagem. Os murais e banners deverão ficar prontos desde a primeira semana da intervenção em lugar de fácil visibilidade para os usuários na USF. Também serão postados banners em espaços públicos.

Será feito grupo de fumantes mensalmente com hipertensos e diabéticos tendo como responsável o médico e licenciada em enfermagem. Serão realizadas em média duas atividades mensais na comunidade de educação em saúde durante toda a intervenção. Os ACS se encarregarão de citar aos usuários e garantir o espaço apropriado, e o gestor deverá garantir carro para deslocamento até os sítios afastados. Os responsáveis por desenvolver estas atividades educativas serão o médico e a licenciada em enfermagem. Dividiremos os cenários das atividades de educação em saúde na comunidade em cinco lugares diferentes correspondendo a cada ACS e sua área de trabalho. As atividades na comunidade serão aproveitadas para a ESF reunir-se com as lideranças comunitárias e informar da existência do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e do projeto de intervenção na comunidade. Os temas a desenvolver em cada atividade de educação em saúde, com duração de uma hora nas diferentes áreas da comunidade, serão os seguintes:

- a) divulgação do Programa de atenção a HAS e DM, população alvo, fatores de risco, importância do diagnóstico precoce, tratamento e realização de acompanhamento com a periodicidade requerida, complicações da DM e da HAS tendo como responsável o médico;
- b) mudança de estilos de vida para hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercício físico, não tabagismo, boa higiene bucal, benefícios para a saúde e prevenção de complicações como doenças cardiovasculares, IRC, retinopatia e importância da realização de exames complementares com a periodicidade requerida, baixo a responsabilidade do médico e enfermeira;
- c) Programa da Farmácia Popular e acesso aos medicamentos, tendo como responsável a licenciada em enfermagem.

As atividades de capacitação da equipe serão realizadas pelo médico, enfermeira e dentista na primeira, segunda, terceira e quinta semanas da intervenção. O tempo a dispor para estas atividades será de uma hora ao finalizar a reunião da equipe na USF. Fica pela parte do gestor garantir os recursos necessários para a projeção de videoaulas. Será capacitada a equipe em todos os aspectos metodológicos da ação programática. As atividades de capacitação serão as seguintes:

- a) capacitação da equipe para cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, fichas espelhos, procedimentos clínicos, aferição criteriosa da pressão arterial e realização de hemoglicoteste, acolhimento em equipe da demanda espontânea e atribuições de cada profissional no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos na primeira semana baixo a responsabilidade do médico;
- b) capacitação da equipe sobre epidemiologia da HAS e DM, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, diagnóstico, tratamento não farmacológico e farmacológico, complicações destas doenças, periodicidade das consultas e atribuições de cada profissional no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos na terceira semana e o responsável será o médico;
- c) capacitação da equipe sobre avaliação do risco cardiovascular (Framingham) na terceira semana e o responsável será o médico;
- a) capacitação da equipe sobre técnica de educação em saúde na quinta semana e a responsável será a licenciada em enfermagem;

- b) capacitação da equipe sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, tabagismo e abandono do tabagismo na quinta semana e o responsável será o médico;
- c) capacitação da equipe sobre avaliação e promoção da saúde bucal na segunda semana e os responsáveis serão o odontologista e a assistente de odontologia.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção no Programa de atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM, na UBS Mãe Maria Tereza do município do Paraná/ RN, aconteceu em um período de três meses. Para dar início ao desenvolvimento das ações previstas foi necessário apresentar ao gestor e a equipe o projeto, discutindo-se os objetivos, metas e as ações e a factibilidade destas. Chegou-se ao consenso da importância do desenvolvimento do projeto para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos de nossa USF. A população estimada de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais segundo VIGITEL (2011) é de 330 hipertensos e 81 diabéticos, do total de 2167 usuários cadastrados nesta USF. A expectativa inicial da equipe foi conseguir o cadastro de 60% dos hipertensos e 60 % dos diabéticos, bem como conseguir 100% nos indicadores de qualidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para dar início a intervenção e garantir recursos necessários, foi realizada oficina prévia ao início da intervenção com o gestor, solicitando-se todos os insumos: fichas espelhos, protocolos de atendimento dos hipertensos e diabéticos impressos, esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas, balanças eletrônicas e material adequado para realização do hemoglicoteste na USF. Todos os materiais foram disponibilizados desde a primeira semana da intervenção na USF. Também foi pactuado garantir os medicamentos necessários para cessação do tabagismo, os quais foram disponibilizados na farmácia da USF. O gestor se comprometeu a garantir a participação de nutricionista e educador físico para dar suporte e apoio as ações relacionadas o que não se concretizou por problemas financeiros do município. Particularmente foi conveniada com o gestor a realização dos exames

complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, o que foi favorecido com início do trabalho do laboratório clínico na USF, embora às vezes apresentaram-se roturas nos aparelhos ou falta de reativos. Foi pactuada a disponibilização de carro na USF para realização das visitas domiciliares e realização de palestras na comunidade em sítios afastados. A gestão também se comprometeu e providenciou os insumos para propaganda gráfica e disponibilizou banners numa gráfica elaborados pela equipe que foram disponibilizados na USF na sexta semana da intervenção.

Inicialmente a equipe começou trabalhando em um local adaptado, mas na segunda semana nos mudamos para a antiga USF reformada com condições adequadas para o atendimento. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Cada atividade programada observou a lógica de organizar e qualificar o serviço. Para uma melhor adaptação do serviço à ação programática foi preciso mudar o dia das visitas domiciliares e os horários de atendimento, o que trouxe alguns atritos com o gestor, mas finalmente entendeu-se que era necessário fazer mudanças na rotina e no atendimento domiciliar.

A partir da quinta semana da intervenção as ações foram atrapalhadas por aumento na demanda espontânea devido a surto de dengue e outras doenças exantemáticas como também gastroenterite coincidindo com as chuvas, o que provocou que diminuíssem o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, refletindo sobre os cadastros durante o segundo mês, e finalmente melhorando no terceiro mês quase duplicando os cadastros do segundo mês. Os atendimentos clínicos foram iniciados na primeira semana com a participação de toda a equipe. As consultas eram agendadas e os usuários avisados pelos agentes comunitários de saúde. Ao chegar a USF os usuários eram acolhidos em equipe: a recepcionista era a primeira pessoa a receber os usuários investigando o motivo da consulta e estado geral do usuário, e orientava a eles a ser atendido primeiro pela técnica em enfermagem ou enfermeira para medir estatura, circunferência abdominal, perímetro braquial, pesar e aferir pressão arterial e depois eram atendidos pelo médico. Foi garantido o tempo médio de consulta para permitir a qualidade do exame físico incluído exame físico dos pés em diabéticos e das orientações aos usuários. Durante o atendimento foram preenchidos os prontuários e as fichas-espelho. Ao término do atendimento todos os usuários tinham a próxima consulta agendada,

exames solicitados de acordo com os protocolos, estratificação do risco cardiovascular segundo escore Framingham e informações sobre importância do acompanhamento de rotina, orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, efeitos nocivos do tabagismo e existência de tratamento, e a importância de manter uma boa higiene bucal.

Os usuários mostraram-se satisfeitos com os atendimentos. Antes de começar os atendimentos era rotina agrupar os usuários e falar sobre questões relacionadas à hipertensão e diabetes para conseguir uma maior motivação. Embora a divulgação do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos tivesse uma boa cobertura, aproveitando espaços como igrejas e rádio local, houve usuários faltosos as consultas agendadas, sendo eles procurados na visita domiciliar. Também foi necessário fazer visita a idosos, acamados e usuários com deficiências, e sem dúvidas as visitas tiveram impacto positivo a nível comunitário. A visita domiciliar em equipe mostrou-se como uma útil ferramenta que permite observar os usuários no ambiente domiciliar e mostra que a equipe está interessada na saúde deles, no qual devem envolver-se. Uma iniciativa tomada para organizar o serviço foi criar livro de agendamentos, o que permite levar o controle de consultas futuras sem ter que consultar constantemente as fichas espelhos, e acreditamos que seja vital ainda após da intervenção.

Foi realizada capacitação da equipe quinzenalmente, abordando aspectos do cadastramento dos usuários, técnica de aferição da pressão arterial, realização de hemoglicoteste, técnicas de educação em saúde, fatores de risco e critérios de pesquisa de HAS e DM, atribuições dos profissionais no exame físico dos usuários, tratamento não farmacológico e farmacológico dos usuários, sobre orientações aos usuários do Programa da Farmácia Popular, avaliação do risco cardiovascular, frequência das consultas, complicações destas doenças e sobre mudanças de estilos de vida relacionados com atividade física, tabagismo e tratamento, alimentação saudável e avaliação da higiene bucal. Estas atividades foram desenvolvidas tendo como suporte os protocolos do MS. Estas ações tiveram um impacto marcadamente positivo no desenvolvimento das atividades rotineiras. A equipe aprovou e se sentiu satisfeita e subsidiada para desenvolver e manter futuramente a ação programática em nossa rotina de trabalho.

A ESF teve cuidado especial com as ações de engajamento público para obter impacto positivo e duradouro, e elaborou um banner que foi afixado na USF,

divulgando estilos de vida saudáveis, fatores de risco de hipertensão e diabetes e complicações. Também foi postado um mural na USF divulgando o Programa de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, os nomes dos profissionais, horários de atendimento e existência do programa da farmácia popular.

O município tem um Conselho de Saúde municipal, sem a participação de representantes de nossa área de abrangência. Realizou-se na primeira semana da intervenção uma reunião com o Conselho de Saúde para divulgar as ações propostas na ação programática e garantir apoio na divulgação da intervenção e na demanda dos recursos necessários para a intervenção ao gestor. Foi solicitado apoio das lideranças comunitárias de nossa área de abrangência para divulgar as ações da intervenção e a existência do Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, participar da organização das atividades de educação em saúde na comunidade e garantir a participação dos usuários nas atividades de educação em saúde.

Foi alcançada a meta de 100% para os seguintes indicadores: proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, usuários faltosos com busca ativa, usuários com registro adequado, estratificação do risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, risco de tabagismo e higiene bucal.

Foram desenvolvidas cinco atividades de educação em saúde na comunidade de forma coletiva, nas quais foi divulgado o Programa de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a importância do acompanhamento e de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças. Toda a comunidade foi convidada a participar e os ACS organizaram a logística. Algumas iniciativas tomadas foram realizar hemoglicoteste nas palestras e compartilhar café da manhã, o que trouxe uma grande aceitação e motivação. A ESF fez das palestras também um espaço para compartilhar experiências sobre os benefícios do exercício físico e dieta adequada. Estas atividades tiveram uma avaliação positiva do gestor e da comunidade, sendo possível o intercâmbio de critérios e conhecer algumas necessidades dos usuários. A técnica de higiene bucal participou com a equipe na divulgação, visitas domiciliares e palestras.

Foi criado um grupo de monitoramento composto pelo médico e enfermeira e monitoradas as ações semanalmente. Os resultados destas avaliações foram apresentados semanalmente em reunião da equipe sendo de vital importância para corrigir desvios de nossos objetivos; além disso, informávamos nas reuniões os usuários faltosos para agendar nova consulta e realizar a visita domiciliar. Avaliaram-se o número de cadastramentos, usuários faltosos e buscas ativas, a qualidade dos registros, a solicitação dos exames, o uso de medicamentos da farmácia popular, a avaliação de estoque de medicamentos na farmácia da USF e a qualidade dos atendimentos clínicos. Também foram monitoradas as atividades de capacitação e atividades de educação em saúde na comunidade e na USF.

Foi criado o grupo de usuários tabagistas, ação que permitiu incluir os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na ação programática. Acreditamos isso nos permita a cessação do tabagismo em muitos usuários hipertensos e diabéticos e assim diminuir riscos para a saúde deles. Houve demora na implantação da ação devido à falta de integração do NASF com a equipe com quem foi conveniada a participação nestas atividades. Acreditamos esta possa ser uma ação sustentável.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Desde o início da intervenção houve dificuldades com a ESB, primeiro o dentista estava de férias e depois afastado por doença, além disso, o serviço de odontologia não foi equipado na antiga USF reformada por falta de recursos. A falta de equipe de saúde bucal atrapalhou as ações de capacitação da equipe, bem como os atendimentos odontológicos aos hipertensos e diabéticos. Também não foi possível envolver nutricionista e educador físico na intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A ficha espelho e a planilha de coleta de dados são duas ferramentas com utilidade demonstrada e de fácil manejo para processar os dados que se adequam perfeitamente aos objetivos da intervenção. Na planilha é necessário copiar os dados dos usuários já cadastrados no mês anterior para o seguinte trazendo perda

de tempo. Outro aspecto para melhorar a configuração da planilha seria incluir um campo para a data de nascimento do usuário, acrescentando uma fórmula para o cálculo automático da idade em outro campo, o que facilitaria o processamento dos dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As atividades da ação programática terão continuidade para atingir e manter 100% de cobertura e qualidade na atenção aos hipertensos e diabéticos. Sem dúvidas, a médio e longo prazo, serão obtidos resultados positivos na saúde de nossa comunidade produto do acompanhamento sistemático dos usuários portadores destas doenças crônicas. A ação programática é parte rotineira do trabalho na UBS, e a equipe está envolvida. O fato de que as ações tenham uma estruturação lógica e em correspondência com os protocolos permite que o Programa de atenção a hipertensos e/ou diabéticos seja sustentável.

Ainda é necessário aperfeiçoar vários aspectos do trabalho e conseguir incorporar todas as ações de forma rotineira. A ESF está demandando ao gestor que o serviço de odontologia inicie os atendimentos e as atividades de promoção em saúde com a participação de toda a ESB e organize uma agenda de atendimentos para os usuários hipertensos e diabéticos, como também que contrate educador físico e nutricionista para apoiar as atividades de promoção da saúde na comunidade. Deve-se intensificar a divulgação do programa em todos os espaços de atuação da equipe, para aumentar o engajamento e conseguir um acompanhamento regular de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na UBS Mãe Maria Tereza no município de Paraná-RN nos meses de fevereiro a abril de 2015. A intervenção foi voltada para o alcance de vinte e quatro metas com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

Na área de abrangência residem aproximadamente 2.167 pessoas, com uma estimativa de 330 hipertensos (22,7% da população total) e 81 diabéticos (5,6% da população total). A ESF dedicou-se a cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos nesses três meses de intervenção. Algumas metas foram alcançadas plenamente e outras precisam de aprimoramento. A seguir serão descritos os resultados conforme as metas e indicadores estabelecidos em nosso projeto.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do programa na atenção aos hipertensos na UBS.

Durante a intervenção foram cadastrados 137 (41,5%) hipertensos que representam uma parcela significativa da população com esta doença crônica, conforme mostra a figura 1. O primeiro mês da intervenção foi mais dinâmico que o segundo, até melhorar o ritmo do cadastramento no terceiro mês, sendo que durante três meses cadastramos 57 (17,3%), 90 (27,3%) e 137 (41,5%) usuários hipertensos por mês respectivamente. Pode-se observar a evolução positiva dos gráficos,

embora não se tenha alcançado a meta de cobertura proposta de 60% dos hipertensos. Além disso, pode-se avaliar de forma satisfatória a cobertura de hipertensos alcançada na intervenção, embora o período fosse encurtado para três dos quatro meses previstos, como também durante a intervenção aconteceram imprevistos como aumento da demanda espontânea devido a surto de dengue, outras doenças exantemáticas e gastroenterite coincidindo com as chuvas. A reunião da equipe periodicamente favoreceu monitorar o desenvolvimento das ações previstas, transmitir os agendamentos para os ACS e os usuários faltosos para busca ativa e programar visita domiciliar. Para atingir melhor cobertura de ambos indicadores é necessário intensificar as ações de engajamento público que é dificultada por uma grande dispersão de nossa população em área rural, e não permite que uma boa parcela da comunidade participe das ações.

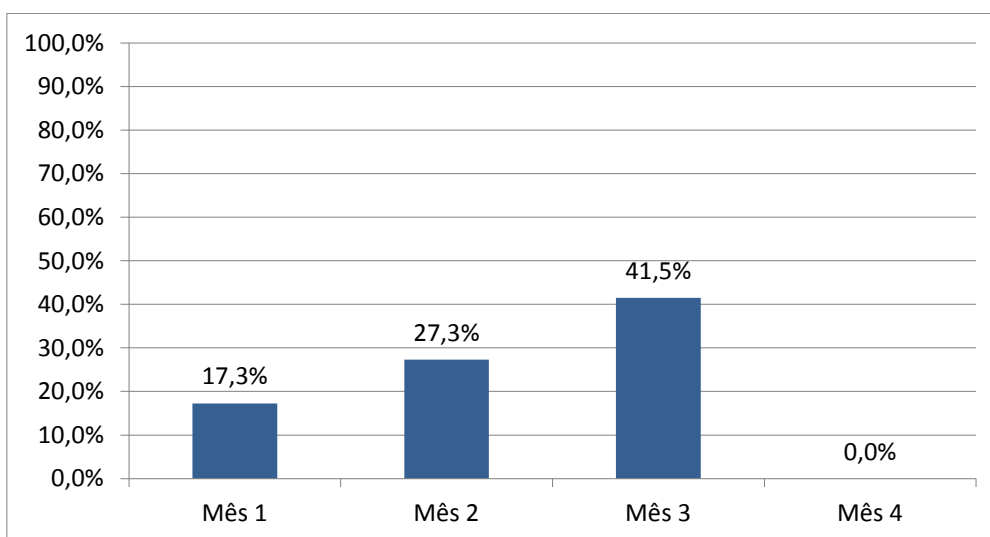


Figura 1: Proporção de hipertensos cadastrados na USF Mãe Maria Tereza – Paraná-RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa na atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Durante a intervenção a ESF cadastrou 22 (27,2 %) diabéticos o que representa também uma parcela significativa da população com esta doença crônica conforme mostra a figura 2. O primeiro mês da intervenção foi mais dinâmico que o segundo, até melhorar o ritmo do cadastramento no terceiro mês, sendo que durante

três meses cadastramos 11 (13,6%), 13 (16%) e 22 (27,2%) usuários por mês respectivamente. Observa-se a evolução positiva no gráfico embora não foi alcançada a meta de cobertura propostas de 60% dos diabéticos. As ações que mais favoreceram a cobertura foram garantir os recursos necessários desde a primeira semana da intervenção como fichas espelhos, balanças, fitas métricas, instrumentos para aferição da pressão arterial e realização de hemoglicoteste na USF e na comunidade, disponibilidade de transporte para as visitas domiciliares, o monitoramento semanal dos cadastros dos hipertensos e diabéticos, as atividades de educação em saúde na comunidade e a divulgação do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos assim como a capacitação da equipe para realizar os cadastros, aferir pressão arterial e realizar hemoglicoteste.

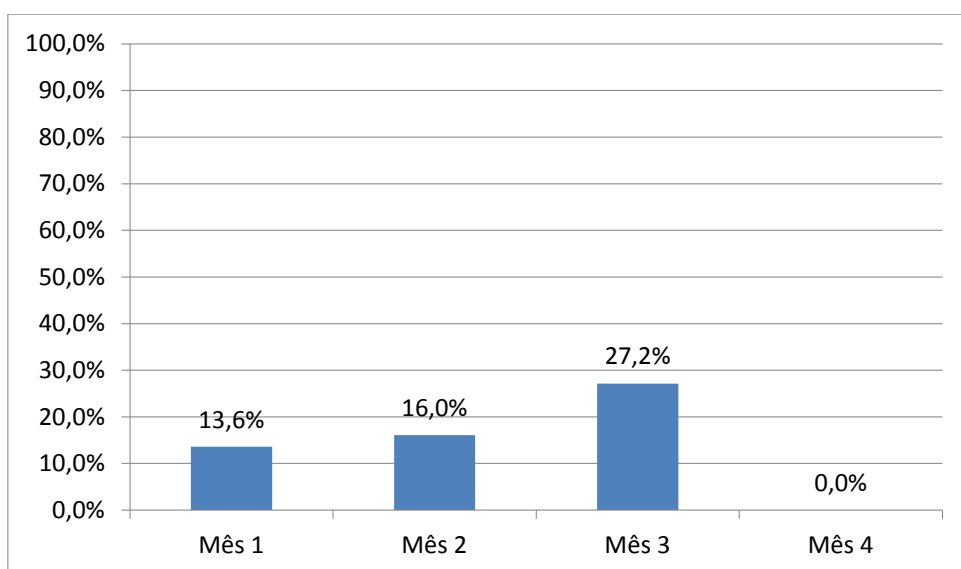


Figura 2: Proporção de diabéticos cadastrados na USF Mãe Maria Tereza– Paraná-RN, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na USF.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção os 137 (100%) usuários hipertensos cadastrados tiveram o exame físico realizado atendendo aos protocolos e representando a meta proposta em todos os atendimentos clínicos realizados. Para o indicador foi de vital

importância à capacitação da equipe quanto às atribuições no exame físico e sobre a técnica correta segundo os protocolos. Este indicador é mais dependente da prática clínica dos profissionais.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção os 22 (100 %) usuários diabéticos cadastrados tiveram o exame físico realizado atendendo aos protocolos e representando a meta proposta. Para o indicador foi de vital importância à capacitação da equipe quanto às atribuições no exame físico e sobre a técnica certa segundo os protocolos. Este indicador é mais dependente da prática clínica dos profissionais, e requer uma maior qualificação na exploração da sensibilidade decorrente da neuropatia diabética.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

A proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi melhorando mês a mês na intervenção atingindo 80 (58,4%) hipertensos dos 137 cadastrados conforme mostra a figura 3. Os 137 usuários hipertensos (100 %) tiveram solicitados os exames complementares de acordo com o protocolo, mas este indicador não alcança a meta de 100 % proposta de exames complementares em dia, sendo que depende de fatores alheios a vontade da equipe. Foi conveniado com o gestor para garantir realização e agilidade dos exames e coincidiu o início das atividades do laboratório clínico da USF com a intervenção, mas com limitação na realização de alguns exames por falta de equipamento no laboratório, o que leva a novo agendamento do exame. Outras vezes isso leva a que sejam marcados exames fora do município e muitos usuários não comparecem em função das dificuldades de deslocamento. Este indicador foi favorecido pelas ações de capacitação da equipe sobre os exames preconizados e a periodicidade, e embora se tenha divulgado na comunidade a importância, exames preconizados e frequência muitos usuários não tem incorporado isso como

necessidade no acompanhamento, demandando mais intensidade na orientação, divulgação e engajamento da população. Foi monitorado este indicador, o que levou a oficinas com o gestor procurando alternativas para garantir o deslocamento até a USF e agilidade na realização conseguindo melhorar o indicador de 19 (33,8 %) usuários hipertensos cadastrados com exames em dia no primeiro mês para 43 (47,8%) no segundo mês e 80 (58,4%) no terceiro mês.

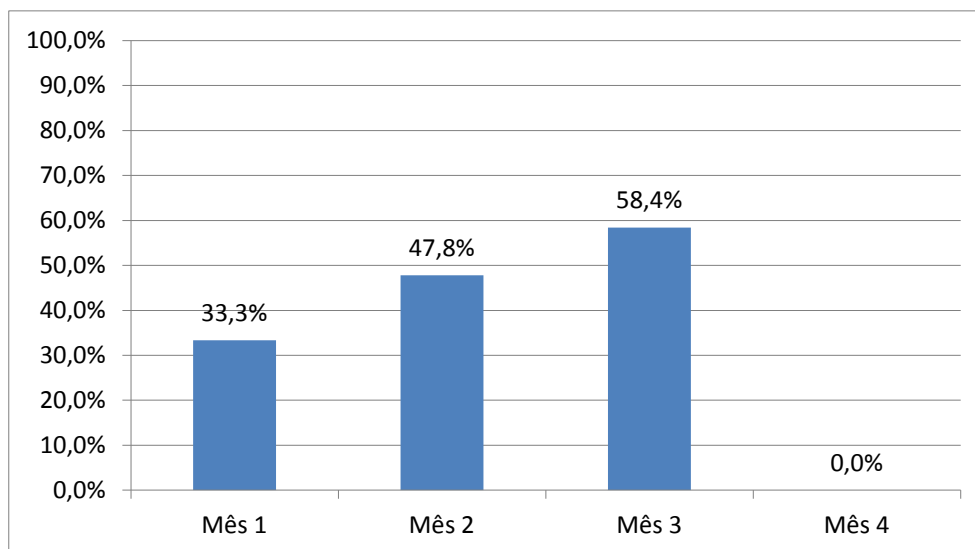


Figura 3 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Mãe Maria Teresa. Paraná-RN- 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os usuários diabéticos apresentaram melhor adesão à realização de exames que os usuários hipertensos. Desde o primeiro mês houve melhores resultados sendo que seis usuários cadastrados (54,5 %) tiveram os exames em dia segundo protocolo, 9 usuários (69,2%) no segundo mês e 16 (72,7%) no terceiro mês da intervenção conforme mostra a figura 4. Isso pode ter sido favorecido pelo maior impacto na população de diabéticos das ações de divulgação dos exames e da frequência como também pode ser por uma maior percepção da gravidade da doença por parte dos usuários. Todas as ações relacionadas a este indicador foram desenvolvidas em conjunto para diabéticos e hipertensos.

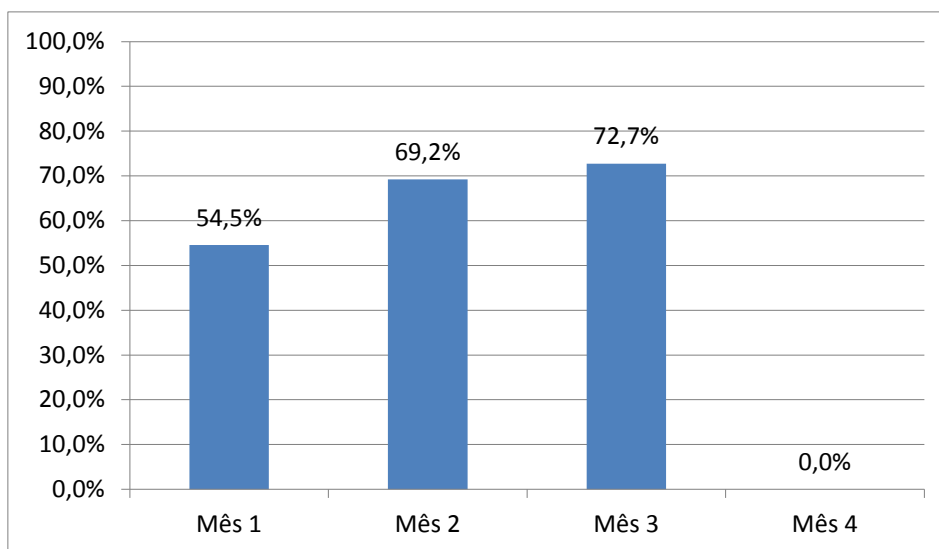


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Mãe Maria Teresa. Paraná-RN – 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Durante a intervenção o comportamento da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi estável, mostrando um ligeiro incremento mês em mês (Figura 5). Embora os usuários tivessem à disposição os medicamentos do Programa da Farmácia Popular e a equipe ter sido capacitada para o tratamento da hipertensão arterial e sobre os medicamentos disponíveis, a maioria das prescrições dos medicamentos que não fazem parte do programa responde a diagnósticos e critérios específicos de especialistas, onde os usuários não se beneficiariam da mudança no tratamento habitual. Dos 137 usuários hipertensos cadastrados, 122 (89,1%) fazem uso de medicamentos da Farmácia Popular. Vários usuários não conheciam a disponibilidade destes medicamentos, contribuindo positivamente com a divulgação do programa e do direito dos usuários ao acesso a estes medicamentos. O resultado foi positivo, porque em todos os casos foi priorizado o uso racional dos medicamentos da Farmácia Popular atendendo aos critérios de prescrição dos protocolos.

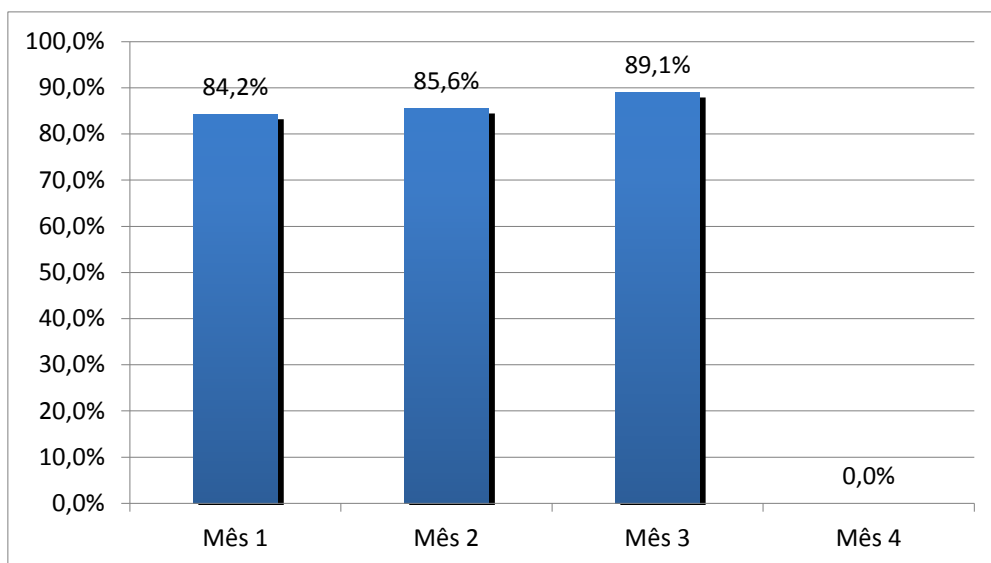


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Mãe Maria Tereza. Paraná-RN – 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Dos 22 usuários cadastrados, somente um usuário diabético não fez uso de medicamento da farmácia popular, pelos mesmos motivos dos hipertensos, sendo que 21 usuários (95,5%) fazem uso destes medicamentos, o que representa quase 100% da meta (Figura 6).

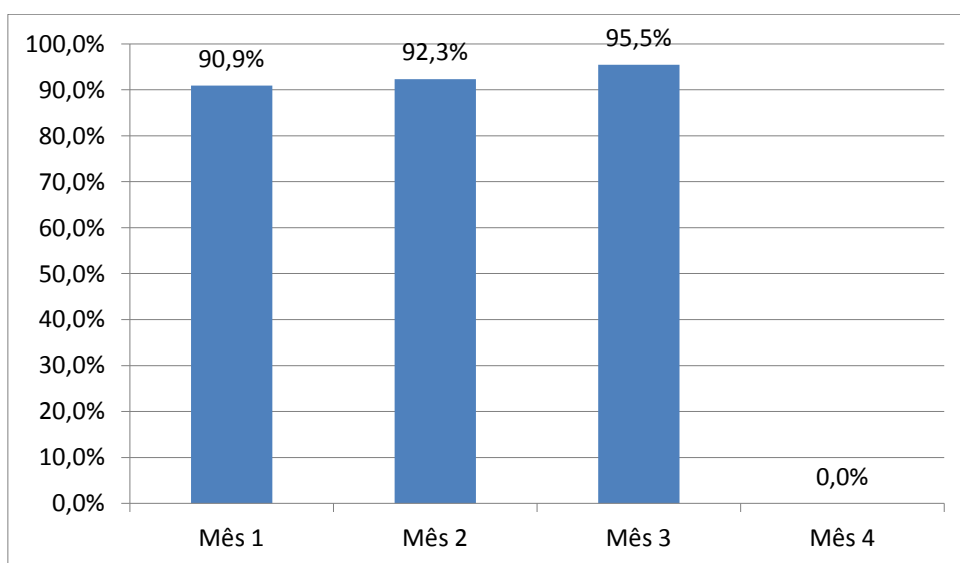


Figura 6 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Mãe Maria Tereza, Paraná-RN - 2015.

O acesso a tratamento da farmácia popular é universal. Este programa foi divulgado entre os usuários e a equipe capacitada sobre o tratamento e medicamentos disponíveis favorecendo o indicador.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Os 137 (100%) hipertensos cadastrados tiveram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Todos os usuários tiveram avaliada a higiene bucal durante toda a intervenção. As ações que mais favoreceram este indicador foram à capacitação da equipe sobre avaliação da higiene bucal, feita pela técnica em higiene bucal e a enfermeira da USF. A ação de capacitação da equipe sobre avaliação da higiene bucal prevista a realizar pelo dentista teve que ser realizada pela técnica de higiene bucal e a enfermeira devido a que o dentista primeiro estava de férias e depois afastado por férias, realizando-se a ação mais tarde do previsto mais isso não mudou os resultados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante a intervenção os 22 usuários diabéticos cadastrados tiveram avaliada a necessidade de atendimento odontológico atingindo a proporção proposta de 100%. A capacitação da equipe foi uma ação que favoreceu alcançar a meta proposta. Foi impossível organizar a agenda de atendimento pelo dentista pelas causas anteriormente descritas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante toda a intervenção foram procurados os usuários hipertensos faltosos a consulta ativamente, atingindo a meta de 100%. No primeiro mês faltaram a consulta agendada 7 usuários, no segundo 22 e no terceiro 28. As ações foram desenvolvidas com sucesso realizando o monitoramento semanal dos usuários faltosos e agendando visita domiciliar em reunião da equipe para busca ativa. As visitas domiciliares foram incorporadas a rotina de trabalho semanalmente e foi organizada a agenda para acolher a demanda dos usuários faltosos deixando três vagas por dia para estes usuários e os de alto risco cardiovascular. A capacitação da equipe sobre importância e frequência do acompanhamento permitiu reforçar a educação em saúde da população nas atividades da USF, coletivas e nas atividades rotineiras dos ACS. Deve ser reforçado o engajamento público dos usuários divulgando mais a frequência do acompanhamento e a importância deste nas consultas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A proporção de faltosos às consultas com busca ativa de diabéticos atingiu 100%, somente 6 usuários diabéticos faltaram às consultas durante toda a intervenção: um no primeiro mês, um no segundo e quatro no terceiro mês. As ações que favoreceram os resultados deste indicador se comportaram da mesma maneira que para os hipertensos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na USF.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante os três meses da intervenção foram preenchidos os prontuários médicos e fichas espelho dos 137 usuários cadastrados, alcançando uma meta de 100%. Desde o início da intervenção houve disponibilidade de fichas espelho na USF o que favoreceu o cumprimento do indicador. Toda a equipe foi capacitada para o preenchimento das fichas e coleta adequada das informações. O grupo de monitoramento ficou encarregado de monitorar semanalmente a qualidade do registro e isto já faz parte de nossa rotina. A enfermeira mantém as informações do SIAB atualizadas. O sistema de alerta para eventuais atrasos de consultas pode ser melhorado.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Foram cadastrados 22 usuários diabéticos, atingindo 100% da meta para registro adequado na ficha de acompanhamento todos os meses. As ações desenvolvidas e que favoreceram os resultados alcançados durante toda a intervenção já foram comentadas na meta relacionada dos hipertensos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Os 137 hipertensos cadastrados tiveram estratificado o risco cardiovascular, alcançando a meta proposta de 100%. A população foi informada da importância de ter avaliado o risco cardiovascular para ter um melhor enfoque de risco e definir quando se requer uma intervenção mais intensa nos estilos de vida do usuário. Tivemos dificuldades para organizar uma agenda para os usuários de alto risco cardiovascular, o que foi melhorado estabelecendo uma lista com os usuários de alto risco, para ter eles identificados e dar o acolhimento diferenciado. A equipe foi

capacitada para realizar esta avaliação, o registro e sobre estratégias na mudança de fatores de risco.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Os 22 usuários cadastrados (100%) tiveram o risco cardiovascular estratificado, resultando muito mais fácil que para os hipertensos já que o diabético é considerado como alto risco cardiovascular. As ações que favoreceram atingir a meta durante toda a intervenção são as mesmas que para os hipertensos.

Objetivo 6: Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável atingiu a meta proposta de 100 %. Isso foi favorecido ao garantir um tempo médio de consulta de 25 minutos para dar orientações aos usuários, como também à capacitação da equipe sobre alimentação saudável e técnicas de educação em saúde. Durante as atividades coletivas realizadas na USF e na comunidade este tema foi abordado podendo compartilhar experiências com os usuários. Gostaríamos de ter envolvido nutricionista em esta ação o que não foi possível durante a intervenção por problemas financeiros do município. A ação foi monitorada semanalmente.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Os 22 usuários diabéticos (100 %) receberam orientação sobre alimentação saudável. Isso foi favorecido ao garantir um tempo médio de consulta de 25 minutos para dar orientações como também à capacitação da equipe sobre alimentação saudável e técnicas de educação em saúde. Durante as atividades coletivas realizadas na USF e na comunidade este tema foi abordado podendo compartilhar experiências com os usuários diabéticos. Não foi possível envolver nutricionista durante a intervenção por problemas financeiros do município. Futuramente poderiam ser desenvolvidas consultas de nutrição a todos os diabéticos e ter a participação de nutricionista nas atividades de educação em saúde. Esta ação foi monitorada semanalmente.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Os 137 usuários (100 %) hipertensos cadastrados foram orientados sobre prática regular de atividade física atingindo a meta. Durante as consultas foi garantido o tempo necessário para dar esta orientação e foi complementado na USF e comunidade nas atividades de educação em saúde. Esta ação também foi favorecida pelas ações de capacitação da equipe. Uma ação proposta e não desenvolvida que tivesse contribuído foi envolver educador físico, o que não foi possível por problemas financeiros do município. Foi monitorada a ação semanalmente.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Os 22 usuários (100 %) diabéticos cadastrados foram orientados sobre prática regular de atividade física atingindo a meta. Durante as consultas foi garantido o tempo necessário para dar esta orientação e complementada a ação na USF e comunidade nas atividades de educação em saúde esta ação também foi favorecida pelas ações de capacitação da equipe. Envolver educador físico tivesse

contribuído a ação, mas não foi possível por problemas financeiros do município. O monitoramento foi realizado semanalmente.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os 137 usuários hipertensos (100 %) foram orientados sobre os riscos do tabagismo atingindo a meta proposta. Um ponto positivo que contribui para reforçar estas orientações foi criar grupos de fumantes em colaboração com o NASF. A equipe foi capacitada sobre os riscos do tabagismo e tratamentos coadjuvantes existentes e participou ativamente nas palestras desenvolvidas na comunidade e nos grupos de fumantes. Todos os usuários foram orientados sobre os riscos do tabagismo nas consultas. O monitoramento foi realizado semanalmente.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os 22 usuários diabéticos cadastrados (100 %) foram orientados sobre os riscos do tabagismo atingindo a meta. A equipe foi capacitada sobre os riscos do tabagismo e tratamentos coadjuvantes existentes e participou ativamente nas palestras desenvolvidas na comunidade. Todos os usuários foram orientados sobre os riscos do tabagismo nas consultas. Um ponto positivo que contribui para reforçar as orientações sobre os riscos do tabagismo foi o grupo de fumantes, envolvendo os usuários diabéticos tabagistas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Os 137 hipertensos cadastrados (100 %) foram orientados sobre higiene bucal alcançando a meta. Embora durante a intervenção não tivéssemos

participação do dentista, a técnica de higiene bucal conjuntamente com a enfermeira, fez a capacitação da equipe sobre avaliação da higiene bucal o que favoreceu a participação de todos os membros da equipe em esta ação. A não conformação da ESB impediu desenvolver uma agenda para os usuários hipertensos e a participação de dentista nas atividades de promoção em saúde. Durante as atividades de educação em saúde na USF e na comunidade os usuários participantes foram orientados sobre higiene bucal como também nas consultas.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os 22 diabéticos cadastrados (100 %) foram orientados sobre higiene bucal alcançando a meta. Toda a equipe se envolveu em esta ação. A falta de ESB impediu conformar uma agenda para os usuários diabéticos e a participação do dentista nas atividades de promoção em saúde. Durante as atividades de educação em saúde na USF e na comunidade os usuários participantes foram orientados sobre higiene bucal como também nos atendimentos clínicos.

4.2 Discussão

A intervenção no Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa USF trouxe mudanças positivas no trabalho da equipe: para os profissionais, no âmbito comunitário e na gestão. Foi ampliada a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos e qualificada a prática clínica, como também melhorados os registros da ação programática.

Durante a intervenção foram cadastrados 137 (41,5%) hipertensos e 22 (27,2%) diabéticos. Os indicadores de qualidade foram alcançados em 100% com exceção dos indicadores relacionados à realização de exames e uso de medicamentos da farmácia popular. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi melhorada para todos os usuários, sendo que todos tiveram exame físico adequado realizado e os exames complementares solicitados de acordo com os protocolos, embora somente 80 usuários hipertensos (58,4%) e 16 diabéticos (72,7%) tiveram os exames realizados. O uso de medicamentos da farmácia popular

foi avaliado em todos os usuários, 122 hipertensos (89,1%) e 21 diabéticos (95,5%) fazem uso destes medicamentos. Todos os usuários foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, buscados quando faltaram à consulta, registrados adequadamente na ficha de acompanhamento, estratificados quanto ao risco cardiovascular e orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco do tabagismo e higiene bucal representando 100 % das metas propostas.

O desenvolvimento reforçou o trabalho em equipe proporcionando um funcionamento articulado do trabalho do médico, enfermeira, técnica em enfermagem, ACS e técnica em higiene bucal. A equipe foi capacitada sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos tendo como suporte os protocolos do MS. Cada membro da equipe conhece as atribuições que lhe correspondem no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos: a recepcionista realiza parte do acolhimento e orienta os usuários, a enfermeira e a técnica em enfermagem realizam a verificação da pressão arterial, verificam o peso e estatura dos usuários, os ACS buscam os usuários faltosos para consulta e participam da organização do agendamento para realizar busca ativa dos usuários, a enfermeira e o médico realizam o monitoramento das ações e os atendimentos clínicos. Toda a equipe está engajada com a visita domiciliar, participa e orienta os usuários.

A intervenção teve um impacto positivo em outras ações programáticas e no acolhimento da demanda espontânea. O modelo da intervenção está sendo usado para organizar outras ações programáticas como puericultura e prevenção de câncer de colo de útero e mama a partir do uso de fichas espelhos, atividades de engajamento planejadas e atividades de capacitação da equipe.

Antes da intervenção o atendimento aos hipertensos e diabéticos era oportunista e os usuários somente iam à consulta na procura de receita para os medicamentos, não existiam registros organizados e a equipe não desenvolvia a procura dos usuários para consulta. A intervenção trouxe mudanças positivas no acolhimento, e o acompanhamento não é visto mais como responsabilidade do médico, começa desde o contato com a recepcionista ou na comunidade a partir do contato com os ACS. Hoje é prioridade da equipe o acompanhamento sistemático. O agendamento das consultas a partir da classificação do risco cardiovascular dos

usuários permite uma organização do serviço mais racional e prioriza os usuários de alto risco.

Apesar da ampliação da cobertura do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, assim como maior qualificação dos atendimentos, ainda falta cadastrar um número significativo de usuários. Sem dúvidas a satisfação pelo atendimento qualificado e as atividades de promoção em saúde desenvolvidas na comunidade tiveram uma boa aceitação. Muitos usuários não compreendiam o motivo de priorizar os usuários hipertensos e diabéticos, mas com o passar das semanas foram aceitando a rotina, e percebendo que também eles eram atendidos. Pode-se fazer uma avaliação do que poderia ter sido feito, e se desde a Análise Situacional a divulgação tivesse sido maior, com mais envolvimento do gestor, a intervenção poderia ter dado resultados melhores.

É totalmente viável incorporar as ações da intervenção à rotina do serviço, embora haja que fazer mudanças quanto a incorporar educador físico e nutricionista para oferecer apoio a nossas atividades, e estabelecer uma agenda de atendimentos odontológicos para os usuários.

Será continuado o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos até atingir a meta de cobertura proposta na intervenção de 100% e garantindo a qualidade dos atendimentos, como também o trabalho com os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas em parceria com o NASF procurando modificar esse estilo de vida tão nocivo para a saúde. A experiência adquirida na intervenção pode ajudar a qualificar as ações programáticas como puericultura, programa de câncer de colo do útero e mama e o pré-natal.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção no Programa de atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, na USF Mãe Maria Tereza do município do Paraná-RN, aconteceu em um período de três meses. A população estimada de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais segundo VIGITEL (2011) é de 330 hipertensos e 81 diabéticos. A expectativa inicial da equipe foi conseguir o cadastro de 60% dos hipertensos e 60 % dos diabéticos, e 100% nos indicadores de qualidade.

A gestão garantiu os recursos materiais necessários para a intervenção desde a primeira semana da intervenção, mas é importante que o gestor contrate

especialista em nutrição e educador físico para dar suporte e apoio as ações de educação em saúde. A realização de exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos foi favorecida com o início do trabalho do laboratório clínico na USF, mas é necessário conseguir um funcionamento estável do laboratório.

A abertura da antiga UBS reformada na segunda semana da intervenção significou uma importante mudança no trabalho da equipe e para a comunidade. Felizmente foi acordado com a gestão fazer mudanças nos horários de atendimento e das visitas domiciliares permitindo realizar busca ativa de usuários faltosos, visitar acamados, incapacitados físicos e idosos. Durante a intervenção foram cadastrados e acompanhados 137 (41,5 %) hipertensos e 22 (27,2%) diabéticos. Embora estas cifras não alcançassem a meta proposta representa cifras significativas de nossa população de hipertensos e diabéticos. Cada usuário cadastrado tem uma ficha com os dados do atendimento realizado permitindo organizar o serviço e ter dados fiáveis. Os usuários mostraram-se satisfeitos com o atendimento.

Embora o Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos tivesse uma boa divulgação, aproveitando espaços como igrejas e rádio local, houve usuários faltosos as consultas agendadas. A visita domiciliar em equipe mostrou-se como uma útil ferramenta que permite observar os usuários no ambiente domiciliar e procurar faltosos.

Alcançou-se a meta de 100% para os seguintes indicadores: proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, proporção com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, proporção de usuários faltosos com busca ativa, proporção de usuários com registro adequado, estratificação do risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, risco de tabagismo e higiene bucal.

A equipe elaborou banners referentes a estilos de vida saudáveis, fatores de risco de hipertensão e diabetes e complicações que foi afixado na USF. Também foi afixado um mural na USF divulgando o Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, os nomes dos profissionais, horários de atendimento e existência do Programa da Farmácia Popular.

O monitoramento das ações foi realizado semanalmente pelo médico e enfermeira. Também foram monitoradas as atividades de capacitação e atividades de educação em saúde e avaliados os resultados em reunião semanal da equipe.

É necessário que a gestão garanta o atendimento regular pelo dentista. É preciso que ESB inicie os atendimentos e as atividades de promoção em saúde, como também organizar uma agenda de atendimentos para os usuários hipertensos e diabéticos.

Foi estruturado o grupo de usuários tabagistas, ação que permitiu incluir os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na ação programática. Esta ação permitirá a cessação do tabagismo de muitos usuários e diminuir riscos para a saúde deles.

As atividades da ação programática terão continuidade para atingir e manter 100% de cobertura e qualidade na atenção aos hipertensos e diabéticos. Devem ser ainda aperfeiçoados vários aspectos de nosso trabalho e conseguir incorporar todas as ações de forma rotineira. Atualmente a ESF está mais fortalecida, a gestão mais comprometida e se obtiveram resultados positivos nas atividades programadas.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção no Programa de atenção aos portadores de hipertensão e diabetes, na Unidade de Saúde da Família Maria Tereza, no município do Paraná-RN, aconteceu em um período de três meses. A intervenção teve grande importância para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos de nossa comunidade. A quantidade de hipertensos e diabéticos estimada em nossa área é de 330 hipertensos e 81 diabéticos.

Durante a intervenção foram cadastrados e acompanhados 137 (41,5 %) hipertensos e 22 (27,2%) diabéticos do total de usuários com estas doenças crônicas. Por muitos anos os usuários de nossa unidade não tiveram acompanhamento regular.

Foi conveniado com gestor a realização dos exames complementares aos hipertensos e diabéticos e hoje temos na USF laboratório clínico em funcionamento. Foi disponibilizado carro na USF para a realização das visitas domiciliares e das atividades de educação em saúde.

Inicialmente a equipe começou trabalhando em um local adaptado, mas na segunda semana mudou-se para a antiga UBS reformada com condições mais adequadas para os atendimentos. O horário das visitas domiciliares e dos atendimentos clínicos foi readequado, o que era necessário na rotina da unidade. O

estabelecimento da visita domiciliar trouxe grandes benefícios para atender os usuários hipertensos e diabéticos idosos, acamados e com deficiências.

Ao terminar o atendimento clínico todos os usuários tinham a próxima consulta agendada, exames solicitados de acordo com os protocolos, estratificação do risco cardiovascular e informações sobre a importância do acompanhamento e dos benefícios dos estilos de vida saudáveis. Isso representa uma maior qualificação dos atendimentos, e trará mais saúde com a participação ativa dos usuários. Hoje todos os usuários cadastrados têm uma ficha de acompanhamento.

Embora a divulgação do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos tivesse uma boa cobertura aproveitando espaços como igrejas e rádio local, houve usuários faltosos as consultas agendadas. A equipe está mais capacitada tendo impacto positivo no desenvolvimento do atendimento, e finalmente a comunidade é receptora de uma melhor atenção. As atividades de educação em saúde tiveram uma aceitação positiva dos usuários, e foi possível conhecer algumas dificuldades dos hipertensos e diabéticos para assistir às consultas e à realização de exames, como também sugestões para o melhor atendimento na UBS.

A falta de ESB atrapalhou as ações de capacitação da equipe, bem como os atendimentos odontológicos aos hipertensos e diabéticos. É necessário que gestor restabeleça o funcionamento da ESB e garanta a participação de nutricionista e de educador físico no atendimento dos hipertensos e diabéticos e nas atividades de educação em saúde. Foi estruturado o grupo de usuários tabagistas, ação que permitiu incluir os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Já alguns usuários têm deixado de fumar.

As atividades da ação programática terão continuidade. A participação da comunidade nas atividades de educação em saúde, participando com o saber popular são de vital importância para o desenvolvimento do atendimento aos hipertensos e diabéticos. É importante a prevenção destas doenças desde a infância para criar estilos de vida saudáveis.

A ESF está mais unida, qualificada e com maior vínculo com a comunidade. Necessita-se das lideranças comunitárias e usuários para continuar aumentando a divulgação do programa em todos os espaços de atuação da equipe. A intervenção no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos teve resultados positivos.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Programa Mais Médicos para o Brasil é uma iniciativa encaminhada a desenvolver uma atenção universal, com equidade, integral, intersetorial e territorial, acessível e que envolva as equipes e os gestores. A Especialização em Saúde da Família da UFPEL converteu-se em um meio necessário para atingir esses propósitos.

A EaD tem sido uma nova experiência de aprendizagem e cobriu minhas expectativas sobre o curso de Especialização em Saúde da Família. O curso permitiu o enriquecimento como profissional, como também organizar o trabalho na USF sendo agora mais qualificado e planejado. Este processo ajudou a mudar a realidade da comunidade, e contribuir à saúde coletiva, e me proporcionou novas ferramentas para futuras intervenções. Os casos clínicos e a elaboração de estudos de prática clínica relacionados com problemas cotidianos aperfeiçoaram a minha prática clínica. A interatividade da EaD se afastou da prática docente comum de aulas presenciais a que estava acostumado e permitiu adquirir maior responsabilidade.

Entre os aprendizados mais relevantes do curso posso enumerar o conhecimento mais profundo das características do SUS e seus princípios e diretrizes, a visão de trabalho em equipe, a aprendizagem da metodologia de uma intervenção na comunidade, o aperfeiçoamento das técnicas de educação em saúde, o maior conhecimento dos protocolos médicos e aprofundar em temas frequentes na prática clínica na Atenção Primária de Saúde. Foi proveitoso caminhar com os orientadores e a minha ESF neste processo de estudo e mudanças, resultando no meu crescimento profissional e na melhora da atenção à comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Básica nº 36. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. p.27.

Organização Mundial da Saúde: Diabetes. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>> Acesso em: 15/10/2014.

Organização Mundial da Saúde: Perfil das doenças crônicas não transmissíveis por país, 2014. Disponível em: < http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf> Acesso em: 15/10/2014.

Organização Mundial da Saúde: Observatório Global da Saúde. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A865DIABETES?lang=en>> Acesso em: 15/10/2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de hipertensão v.17, n.1, jan./mar. 2010.

Apêndices

Apêndice A – Local adaptado onde funcionava a USF.



Apêndice B- Centro de Saúde Mãe Maria Teresa reformado onde atualmente funciona USF.



Apêndice C- Recepção do Centro de saúde Mãe Maria Teresa.



Apêndice D- Banner divulgando o Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Mãe Maria Teresa.

HIPERDIA PROGRAMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

Fatores de Riscos

Excesso de doce
Quem não tem uma alimentação saudável
Quem usa muito sal na alimentação
Hereditariedade
Quem consome muita bebida alcoólica
Vida sedentária
Quem vive com excesso de peso
Estresse

A Diabetes leva a hipertensão
A hipertensão leva a diabetes

Tenha hábitos saudáveis

Mantenha o peso adequado.
Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.
Não fume.
Tenha uma alimentação saudável.
Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.
Evite o estresse.
Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.
Tome a medicação conforme orientação médica.

Complicações

Complicações da Diabetes

Retinopatia Diabética
Aterosclerose
Nefropatia Diabética
Neuropatia Diabética

Complicações da Hipertensão Arterial

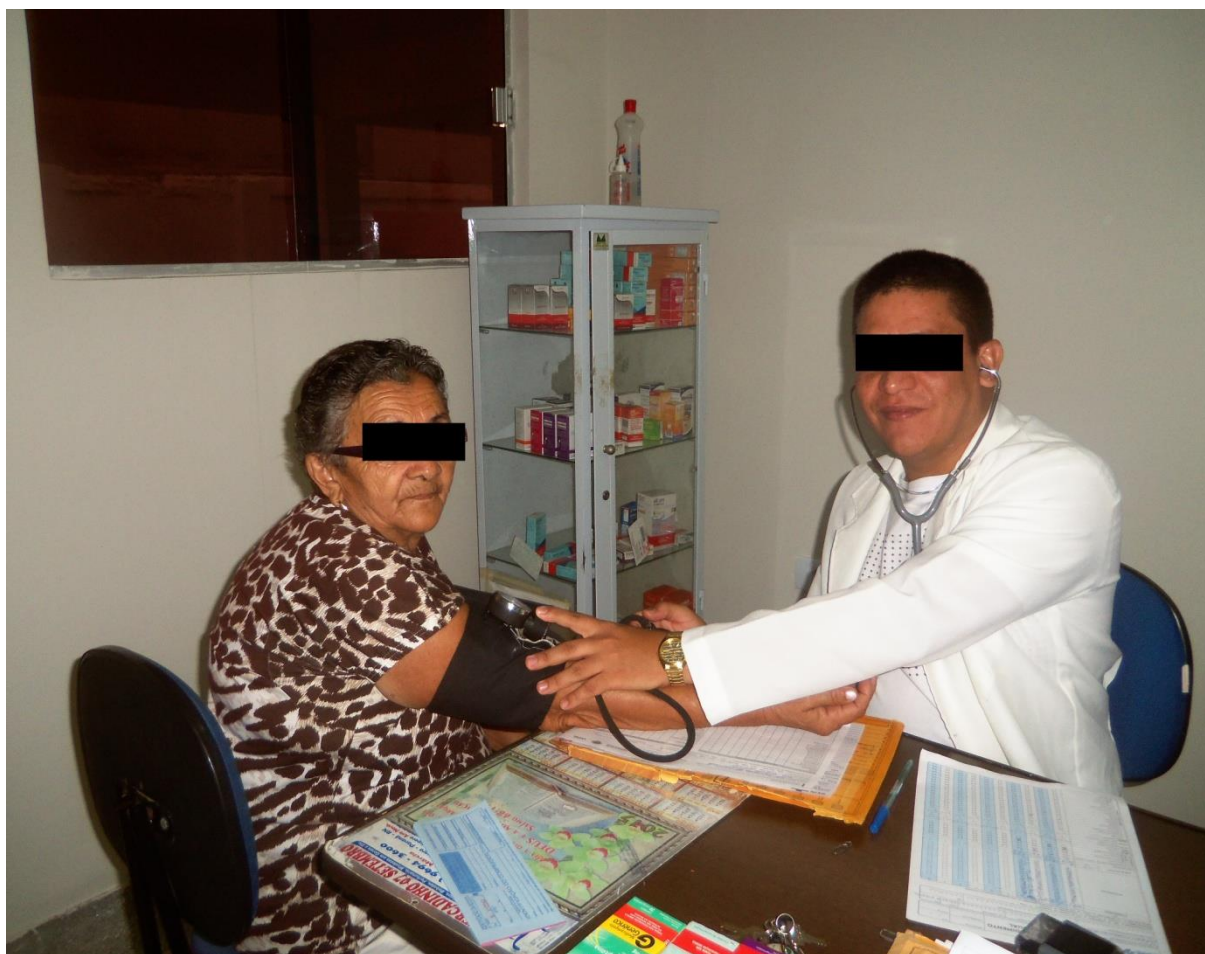
Infarto do miocárdio
Acidente vascular cerebral
Insuficiência cardíaca
Doença renal crônica

Importância da Consulta do HIPERDIA

- Avaliar os riscos;
- Prevenir/reduzir as complicações;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Realizar exames de rotinas;
- Uso irracional de medicamentos.

Equipe saúde da Família - USF Mãe Maria Teresa - Centro de Saúde Mãe Maria Teresa - ESF

Apêndice E- Médico da ESF desenvolvendo atendimento clínico de uma paciente hipertensa.



Apêndice F- ESF com grupo de hipertensos e diabéticos numa atividade de educação em saúde na comunidade.



Apêndice H- ESF e NASF com o grupo de fumantes da USF.



Apêndice G- Médico da ESF numa palestra na comunidade.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



**Especialização em
Saúde da Família**

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Anexo C - Ficha-espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ cm DM? _____ cm HAS e DM? _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Osmani Yoandris Ortiz Guerra, com RMS 2400103, médico de ESF e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante